

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1971

N°

31

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

par

M. NÉROT Étienne

né le 24 Décembre 1944 à NOGENT-LE-ROTRON (Eure-et-Loir)

22 SEP. 1971

Présentée et soutenue publiquement le

LES CIRRHOSSES ALCOOLIQUES
DE LA FEMME JEUNE

Président : Monsieur le Professeur PERREAU

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNEE 1971

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

M. NÉROT Étienne

né le 24 Décembre 1944 à NOGENT-LE-ROTRON (Eure-et-Loir)

Présentée et soutenue publiquement le

LES CIRRHOSSES ALCOOLIQUES
DE LA FEMME JEUNE

Président : Monsieur le Professeur PERREAU



FACULTE MIXTE

de MEDECINE et de PHARMACIE d'ANGERS

16, Bd Daviers - 87.76.22

DOYEN	M. RENIER	19, rue La Fontaine
Assesseur	M. GERMAIN	18, quai des Carmes
Secrétaire	M. MAILLEUX	23, rue Rousseau

DOYEN HONORAIRE	M. ROUCHY	1, place de Lorraine
PROFESSEURS HONORAIRES	{ M. AMSLER	8, rue de Bel-Air
	{ M. DAVID	6, rue de la Gare
	{ M. ROUSSEAU	12, bis rue des Arènes
	{ M. HY	4, bis rue Hanneloup

PROFESSEURS TITULAIRES

M.M.	COTTIN	ANGERS, 26, rue des Arènes	Chimie Générale
	DELAITRE	ANGERS, 20, avenue Vauban	Clinique Médicale Infantile
	DESJOBERT	CHATEAU-GONTIER, 7, rue Thiers	Pharmacie Chimique
	FRESSINAUD	ANGERS, 5, avenue Jeanne d'Arc	Clinique Médicale B
	GERMAIN	ANGERS, 18, quai des Carmes	Botanique et Cryptogamie
	GOYER	ANGERS, 12, rue Rabelais	Clinique Chirurgicale B
	GUERIN	AVRILLE, 6, av. Foulques Nerra Parc de la Haye	Biophysie Médicale
	GUNTZ	ANGERS, 16, rue La Fontaine	Anatomie
	HERISSET	ANGERS, Résidence des Plantes	Matière Médicale
	HERMANN	ANGERS, 21, rue du Quinconce	Clinique Ophtalmologique
	JOLIVET	ANGERS, 27, rue Hoche	Chimie Analytique
	LAFARGUE	ANGERS, 67, rue du Bellay	Pharmacie Galénique
	MARTIN	ANGERS, 17, rue Hanneloup	Pathologie Chirurgicale
	MENARD	BECON - les - GRANITS (49)	Hygiène et Médecine Sociale
	NAULLEAU	ANGERS, 18, rue Rabelais	Clinique Chirurgicale A
	OURY	ANGERS, 66, rue Rabelais	Clinique Pneumo-Phtisiologique
	PERREAU	ANGERS, 19, rue Paul Bert	Clinique Médicale A
	REBEL	ANGERS, 74, rue du Bellay	Histologie
	RENIER	ANGERS, 19, rue La Fontaine	Clinique Rhumatologique
	ROUCHY	ANGERS, 1, place de Lorraine	Clinique Gynécologique et Obst
	SIMARD	ANGERS, Résidence Anjou Bt B Rte des Ponts de Cé	Anatomie Pathologie

PROFESSEUR TITULAIRE à TITRE PERSONNEL

HOCQUET	BOUCHEMAINE, 5 domaine de la Croisette	Parasitologie.
---------	---	----------------

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM	BONNIOT	74, av. du Cdt Ménard AVRILLE	Clin. Médicale B
	JOUBAUD	9, rue Froust ANGERS	Hépatologie Gas. Entérol.
	PARSY *	35, avenue Jeanne d'Arc ANGERS	O.R.L.
	PERTUS	La Cheneraie Ste GEMMES s/Loire	Urologie
	ROGNON	49, Bd du Roi René ANGERS	Chirurgie Générale
	TADEI	18, av. des Marronniers ERIGNE	Méd. Gén. & Cardiologie

AGREGES

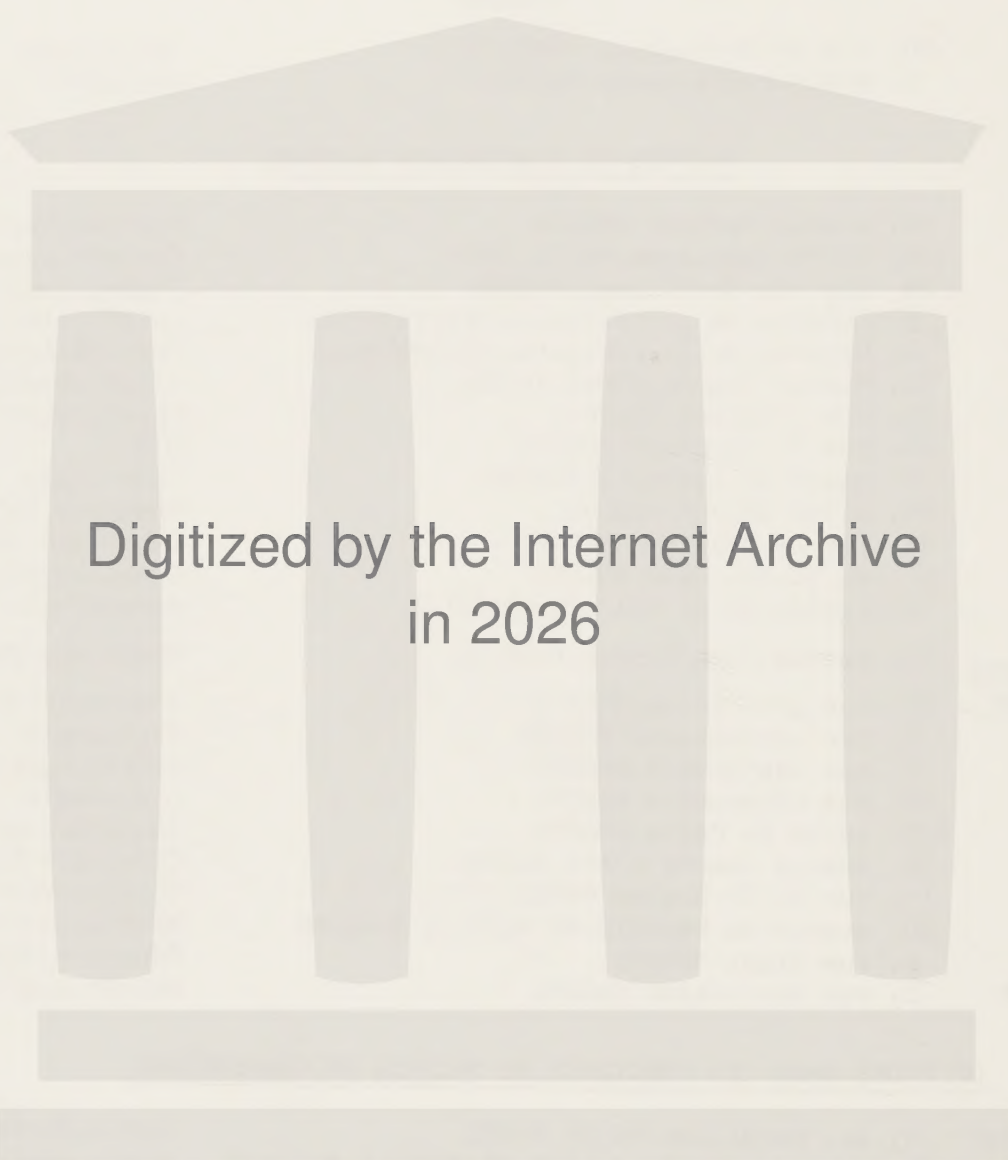
MM	GOLDEWSKI	50, rue de Chateaudun PARIS 9°	Neurologie
	TESTARD	2, place André Leroy ANGERS	Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM	ALLAIN	6, avenue Pasteur ANGERS	Pharmacologie
	AUGEREAU	132, Bd Montparnasse PARIS 14°	Pharmacodynamie
	BREGEON	28 bis rue de Brissac ANGERS	Rhumatologie
Mme	CAVELLAT	8, Domaine de la Croisette BOUCHEMAINE	Anesthésie-Réanimation
M.M.	CAVELLAT	8, Domaine de la Croisette BOUCHEMAINE	Anesthésie-Réanimation
	CARON	35, Avenue Jeanne d'Arc ANGERS	Electroradiologie
	COULLAUD	25, rue d'Alsace ANGERS	Physiologie
	DESNOS	26, rue Dr Guichard ANGERS	O.R.L.
	EMILE	4, place de Lorraine ANGERS	Neurologie
	FRESNEAU	38, place Bichon ANGERS	Médecine Interne
	GIRAULT	41, rue de Belgique ANGERS	Biochimie Médicale
	GROSIEUX	50, Bd du Roi René ANGERS	Gynécologie-Obstétrique
	HUREZ	16, Esplanade du Val d'Or AVRILLE	Hématologie-Immunologie
	HUYGHES- DESPOINTES	10, avenue Jean Lurçat AVRILLE	Biochimie Médicale
	LARGET-PIET	29, rue des Arênes ANGERS	Pédiatrie Génétique
	LARRA	18, rue La Fontaine ANGERS	Histologie
	LE LIRZIN	2, rue Desjardins ANGERS	Gynécologie-Obstétrique
	PILLET	18, rue Létanduère ANGERS	Histologie
	PILLOT	307, route de Paris ANGERS	Bactériologie
	PLANE	39, avenue Jeanne d'Arc ANGERS	Chirurgie Générale
Mlles	PRELOT	11, rue du Dr Goujon PARIS 12°	Physiologie-Zoologie
	QUEROT	90, avenue de Neuilly 92 NEUILLY S/SEINE	Microbiologie
M.	RIBERI	6, rue Bigot ANGERS	Médecine Interne
Mme	SCHNITZLER	2, rue Gay Lussac ANGERS	Dermatologie Vénéréologie

DELEGUES DANS LES FONCTIONS DE MAITRES DE CONFERENCES

MM.	MARTIN FRERE	4, av. Herbillon 94 St MANDE	Chimie Génér. & minérale
	THUILLIER	6, pl. Winston Churchill 92 NEUILLY s/Seine	Chimie Biologique
	VALTON	6, allée des Bouvreuils, Domaine de St François d'Assise 78 La CELLE St CLOUD	Médecine légale
	WARTEL	Clinique du Domaine de Vontes 37 ESVRES	Psychiâtrie



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545934_0021

Par délibération en date du 28 Janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme,
Pour son soutien,
Avec toute ma tendresse.

A ma fille Claire,
Pour toute l'affection qu'elle me témoigne.

A mes Parents

Cette consécration est la récompense de leurs nombreux sacrifices.

Qu'ils trouvent ici le témoignage de toute ma reconnaissance et de ma filiale affection.

A mes Beaux-Parents

ma seconde famille qui m'a suivi et soutenu dans l'acheminement de ces longues études.

Qu'ils soient assurés de mes sentiments les plus affectueux.

A toute ma famille.

A mes amis.

En particulier : Jean-François REBOUX
Alain DORE

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur PERREAU

Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hopitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Après m'avoir fait le grand honneur
de m'accueillir comme Interne dans
votre service, vous me faites celui
de présider cette thèse.

Vous m'avez permis de bénéficier de
votre immense expérience clinique.

Veuillez accepter, Monsieur et Cher
Maître, le témoignage de mon admira-
tion, de toute ma reconnaissance,
et de mon profond respect.

A nos Juges :

Monsieur le Professeur GOYER
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

dont j'ai eu l'honneur d'être l'un des derniers externes.

La rigueur de votre raisonnement,

La chaleur de votre enseignement au lit du
malade

M'ont toujours été une aide précieuse, et
m'ont encouragé à approfondir mes connaissances

Veillez accepter, Monsieur, le témoignage de
ma profonde reconnaissance et de mon respec-
tueux attachement.

Monsieur le Professeur Agrégé JOUBAUD

Professeur sans Chaire

Section Hépatologie Gastro-entérologie

Médecin des Hôpitaux

Votre souci du détail clinique,
Votre recherche constante de la précision
scientifique m'ont toujours émerveillé ,
et sont toujours pour moi un exemple
permanent.

Veillez trouver ici, Monsieur, le té-
moignage de ma profonde gratitude pour
le bienveillant intérêt que vous m'a-
vez toujours manifesté.

Monsieur le Professeur FRESNEAU

Maître de Conférences Agrégé

Médecin des Hôpitaux

Par autant de rencontres professionnelles qu'amicales, vous avez su me faire découvrir où se situait la vérité de notre profession :

dans son humanité.

A mes Maîtres dans l'Externat

Monsieur le Professeur GOYER

Monsieur le Professeur THUAU

Monsieur le Professeur FRESSINAUD-MASDEFIEIX

Monsieur le Professeur DELAITRE

Monsieur le Professeur PERREAU

Pour l'enseignement précieux qu'ils m'ont prodigué.

A Mes Maîtres du Centre Hospitalier du Mans

Dont j'ai eu l'honneur d'être l'Interne

Monsieur le Docteur P. MAURY

Monsieur le Docteur RIVRON

Monsieur le Docteur GUY

Monsieur le Docteur RABOURDIN

qui m'a conseillé dans la préparation
de ce travail.

En reconnaissance de ce qu'ils m'ont enseigné et
m' enseignent encore.

A mes camarades de l' Internat du Centre Hospitalier du Mans

A tous ceux qui m' ont apporté leur concours pour mener à
bien ce travail

Je leur exprime mes plus sincères remerciements

.....
: P L A N G E N E R A L :
.....

I - INTRODUCTION

=====

Définition

II - EN GUISE D' EXEMPLES

=====

Quatre observations

III - ETUDE CLINIQUE DE TRENTE-ET-UNE OBSERVATIONS

=====

Aspect démographique

Situation familiale

Caractéristiques individuelles

Aspect clinique pur

Analytique : Signes généraux

Signes d'hypertension portale

Signes associés : hémorragiques, neurologiques, endocriniens
pulmonaires, digestifs, divers.

Synthétique

Aspect biologique

Tests hépatiques - Electrophorèse - Divers

Explorations fonctionnelles diverses

Classification des 31 observations - Graphique d'évolution

IV - L' ALCOOLISME FEMININ

=====

L'alcoolisme en France - Comparaison homme-femme

La femme alcoolique

Données sociales et familiales

Données psychiatriques

Données cliniques de l'alcoolisme féminin

Avant et après 50 ans

Manifestations psychiatriques

La cirrhose

Les polynévrites

La tuberculose

Signes endocriniens ; Cirrhose et Grossesse

V - TRAITEMENT

=====

Particularités

VI - CONCLUSIONS

=====

INTRODUCTION

Nous avons recueilli au cours des six dernières années une statistique prélevée dans le Service de Clinique Médicale A, Professeur PERREAU, au C. H. U. d'ANGERS.

Cette statistique regroupe 310 cirrhoses éthyliques.

Sur ce total, dans 100 cas, il s'agit de cirrhoses féminines, et parmi celles-ci, 31 sont survenues avant l'âge de 50 ans.

Cet âge de 50 ans est l'âge moyen admis comme étant celui de la ménopause. Il nous a semblé intéressant d'étudier si la cirrhose de la femme avant la ménopause présentait des caractères particuliers, par ses conditions d'apparition, ses symptômes cliniques et biologiques et par son pronostic.

Cette statistique angevine s'inscrit dans le cadre d'une étude générale de l'alcoolisme, et spécialement des cirrhoses observées dans l'Ouest de la France. Elles confirment les remarquables travaux effectués sur ce problème social majeur, ceux en particulier de Y. BOQUIEN et de P. PERRIN.

Dans un premier temps, nous ferons le résumé de quatre observations qui nous semblent révélatrices de la cirrhose alcoolique de la femme jeune.

Dans un second temps, nous ferons l'étude analytique et synthétique, clinique et biologique de nos 31 observations recueillies.

Enfin, nous verrons ce qui est écrit dans la littérature sur ce sujet de l'alcoolisme et de la cirrhose féminines, en y apportant nos observations.

EN GUISE d' EXEMPLES

.....
 PREMIERE OBSERVATION : " Mme B. ... 33 ans

 a des membres inférieurs dans un état pitoyable ! Cette dermite a débuté semble-t-il par action solaire, le tout aggravé par un facteur C_2H_5OH indéniable. Ayant 4 enfants à la maison, elle ne peut matériellement pas se soigner ni se reposer chez elle. Je vous la confie pour traitement d'autant plus que je vous demande de la faire examiner en gynécologie pour une cinquième grossesse débutante ..."

Madame B. ... est donc hospitalisée dans le service de dermatologie durant quelques jours. Là, on apprend que sa mère est décédée à 47 ans .. " d'une histoire digestive .." , que son mari est un éthylique notoire, que ses enfants sont en bonne santé, qu'elle a consulté son médecin pour une aménorrhée depuis quatre mois, son médecin a tout lieu de supposer qu'elle est effectivement enceinte ...

Mais au cours de l'examen clinique effectué en Dermatologie, on a la surprise de découvrir un gros foie ferme, non douloureux, au bord inférieur moussu ; une circulation collatérale dans les flancs ; d'utérus gravide, Point ! Mais une matité abdominale sus-pubienne, déclive, concave vers le haut, signant une ascite !

Il n'existe par ailleurs ni signes hémorragiques, ni signes neurologiques, en particulier de polynévrite.

Les examens confirment le diagnostic de cirrhose que l'on rattache à l'éthylisme sur les données d'un interrogatoire orienté.

Le diagnostic biologique de grossesse s'avère négatif ..

SI NOUS AVONS SITUE cette observation en exergue à notre étude, c'est que nous voulons marquer par là combien l'al-

coolisme et bien plus la cirrhose alcoolique survenant chez une femme jeune, pouvait désorienter et poser question non seulement à un entourage vite porté à juger, mais aussi au praticien le plus averti.

.....
 D E U X I E M E O B S E R V A T I O N : Mme L. ... Albertine, 37 ans

 est adressée dans le Service
 pour cirrhose éthylique.

Antécédents : Mari éthylique en cure de désintoxication.

Mère de 7 enfants vivants, 2 enfants décédés en bas âge, l'un
 de bronchite capillaire, l'autre de coqueluche.

Accident de la voie publique en 1962 : fracture du bassin,
 fracture ouverte de jambe, traumatisme crânien.

Boit deux litres de vin par jour - et parfois plus - Début
 d'intoxication non précisé.

Fume un paquet de cigarettes par jour.

Signes fonctionnels :

- Aménorrhée depuis 3 mois, pituites matinales, petits vomissements
 dans la journée après les repas.
- Amaigrissement de 10 Kgs en 3 mois, et anorexie. Oligurie.
- Fourmillements des pieds et des mains réalisant la nuit de véritables
 douleurs à type d'élancements, entraînant une insomnie.
- Difficulté à étendre les doigts et les orteils, à marcher : elle a
 l'impression de marcher sur des pointes.

Signes généraux :

Poids : 44,5 Kgs T.A. : 12-7 Apyrexie Oligurie : 500 cc.

Examens :

Peau et muqueuses : fin piqueté du voile du palais ; efflorescence
 d'angiomes stellaires.

Abdomen : signes manifestes d'hypertension portale : circulation colla-
 térale, lame d'ascite dans les flancs ; gros foie mesurant
 15 cm sur la ligne mamelonnaire, dur, indolore, lisse, avec

hypertrophie prédominant sur le lobe gauche. Rate non palpable

Coeur - poumons : tachycardie régulière à 120.

submatité de la base gauche.

Examen neurologique somatique :

- 1 - Hyporéflexie tendineuse des rotuliens et des achilléens d'amplitude et d'intensité très diminuées.
- 2 - Hypoesthésie de la face dorsale des pieds, pas d'hyperalgie à la pression des mollets. Sensibilité profonde conservée.
- 3 - Diminution de la force d'extension des gros orteils.
Pas d'amyotrophie, pas de steppage, pas de signes cérébelleux.
Paires crâniennes normales.

EN RESUME : Femme de 37 ans avouant une intoxication exogène;

=====

présentant :

des signes d'imprégnation éthylique manifeste
des signes d'hypertension portale
des signes subjectifs et objectifs de polynévrite
une aménorrhée.

Les examens complémentaires confirment le diagnostic :

- N.F.S. : Anémie à 3 400 000 - Leucopénie à 4 700
- Tests hépatiques : Cholestérol total : 1,90 - Taux de prothrombine : 50 % - Mac Lagan 15 UV - Hanger ++
- Electrophorèse : Protides totaux : 58 g. - Alb. : 32 g. -
Gamma globulines : 16 g.
- Scintigraphie hépatique : foie très peu fixateur hormis la partie externe du lobe gauche. Rate hyperfixatrice.

Evolution sous-traitement : reprise de l'appétit ; crise polyurique au 9ème jour. Normalisation des réflexes.
Seules persistent des douleurs aux extrémités

AU TOTAL : Nous avons assisté là à un tableau de cirrhose éthylique manifeste chez une femme de 37 ans :

Cirrhose hypertrophique

Polynévrite qui paraît survenir relativement tôt au cours de cette évolution cirrhogène, alors que les examens biologiques ne sont pas encore profondément perturbés.

.....
 TROISIEME OBSERVATION : Mme S. ... , 35 ans,

 mère de 5 enfants est hospitalisée une première fois en Janvier 1962 pour fièvre à 39° et altération de l'état général. L'interrogatoire précise l'existence d'une intoxication par l'alcool : 1 litre de bière par jour plus 1 litre de vin au minimum.

En 3 jours d'hospitalisation, la température revient à la normale, sans qu'elle ait reçu d'explication satisfaisante : examen pulmonaire normal , urines stériles.

A l'examen : signes d'imprégnation étyliques manifestes :

multiples ecchymoses, hématomes sous-cutanés à la face antérieure du bras droit. Piqueté du voile du palais.

Gros foie dur, non douloureux. Pas d'ascite ni de grosse rate.

Crampes nocturnes des mollets. Insomnies, cauchemars.
 Pas de trémulation.

Tests biologiques non perturbés.

Madame S. ... revient dans le Service en Novembre 1964, c'est-à-dire près de trois ans après son précédent séjour.

Elle a continué à s'adonner à la boisson. Elle a été hospitalisée au début de ce même mois en Chirurgie pour pyélonéphrite. En cours de séjour, elle a présenté un délire aigu qui a nécessité son isolement. Au décours de cet épisode, elle est transférée dans le Service.

Examen clinique :

Gros foie débordant de deux travers de doigt le rebord costal, isolé, sans autre signe d'hypertension portale.

Examen neurologique :

- 1 - Aréflexie tendineuse achilléenne et rotulienne ; hyporéflexie tricipitale.
- 2 - Marche impossible, en raison d'une diminution de la force d'extension du gros orteil, de la force de flexion du pied sur la jambe, de la force d'extension de la jambe sur la cuisse. Tous ces signes sont bilatéraux.
- 3 - Sensibilité superficielle tactile et douloureuse normale.

Tous ces signes accompagnent un cortège de signes subjectifs faits de crampes dans les mollets, de fourmillements des mains et des pieds.

Examens complémentaires :

L C R : Alb.: 0,35g. - Gluc.: 0,60 g. - Cl.: 7,40 g. -
 Cytologie : 2 éléments
 Bactériologie stérile

N.F.S. G.R. : 2 730 000 -
 G.B. : 16 800 (infection urinaire à colibacille).

Tests hépatiques : Chol. 1,80 (est.: 0,55 - Libre : 1,25) Prothr.: 43%
 Hanger : 18 - Mac Lagan ++ - Bilir.: 10 mg

Electrophorèse : Protides totaux : 74 g. - Alb.: 50% -
 α^1 : 5,5% - α^2 : 8,5% - β : 11% - γ : 25 %.

EVOLUTION :

Sous traitement vitaminique à hautes doses, la reprise de la marche apparaît.

La malade sort du Service début Janvier 1965.

Madame S. ... revient dans le Service en Mai 1968, soit trois ans plus tard.

Tableau de cirrhose décompensée : Ictère, anasarque pleuro-péritonéal.

Oedème des membres inférieurs ; circulation collatérale très importante.

Le foie n'est pas perçu sous une volumineuse ascite.

Foetor hépaticus.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont abolis.

Hyperesthésie cutanée plantaire.

Examens complémentaires :

N.F.S. : G.R. 2 700 000

G.B. 8 400 - P.N. 70 %

Bilan hépatique : Cholestérol : 1,76 - Urée : 0,08 g. - Prothrom.: 23 %
 Bilir. : 34 mg - Hanger ++ - Mac Lagan : 35 -
 Fibrine : 1,24

Electrophorèse : Protides totaux : 66 g. - Alb. : 21 % - Bloc β - γ : 40%

Evolution :

1 - Poussée d'ictère, oligurie réagissant mal aux diurétiques.

2 - Troubles psychiques à type d'obnubilation et d'agitation. Délire.

3 - Hématémèse de moyenne abondance le 11 Juin.

Le 15 Juin : Torpeur intense

Ictère bronze florentin. Hématémèse de faible abondance.

Coma hépatique terminal.

AU TOTAL :

Femme qui, à l'âge de 35 ans, a manifesté les premiers signes graves d'imprégnation éthylique :

signes hémorragiques cutanés

gros foie isolé

signes subjectifs de polynévrite.

Trois ans plus tard : Cirrhose confirmée, clinique et biologique.

Polynévrite grave. Délire.

Trois ans plus tard encore, à 41 ans, décompensation finale sous forme d'un ictère grave terminal avec hématémèses plongeant la malade dans le coma.

Il est à noter la précocité relative des signes de polynévrite.

TABLEAU COMPARE de l'EVOLUTION BIOLOGIQUE

	Janvier 1962	Novembre 1964	Mai 1968
Urée	0,14	0,12	0,08
Glycémie	0,98	0,97	0,74
Bilirubine	22	10	34
Cholestérol	3,73	1,80	1,76
Prothrombine	96 %	43 %	23 %
Fibrine	6,70	-	1,24
Hanger	0	+ +	+ +
Mac Lagan	8	18	35
Prot. totaux	-	74	66
Albumine	-	50 %	21 %
α^1 G	-	5,5 %	1,5 %
α^2 G	-	8,5 %	3,15 %
β G	-	11 %	
γ G	-	25 %	Bloc 40 %
Alb./Glob.	-	1	0,48

.....
 Q U A T R I E M E O B S E R V A T I O N : Mme B. ... *Nicole* entre
 : à l'Hôpital le 9 Mars
 1969 dans un coma profond sans signe de localisation.

Respiration superficielle - Hypotonie généralisée - Pas de signe de Babinski. La T.A. est à 9-6 ; le pouls est petit, rapide.

Pas de sueurs, pas de signe de déshydratation - Odeur douceâtre de l'haleine. Pas de signe d'hypertension portale.

On effectue une N.F.S., une glycémie, une réaction de Pari. On pose une perfusion de sérum glucosé isotonique.

Une demi-heure plus tard, la malade émerge progressivement de son coma, après une phase d'agitation accompagnée de paroles incohérentes, de jeux de physionomie, euphorie. La malade se met à parler, répond avec complaisance aux questions et avoue la prise successive coup sur coup de trois verres de rhum.

La glycémie est alors connue, elle est à : 0,33 g/l.

L'administration " de précaution " de sérum glucosé isotonique par voie intraveineuse a donc amené le réveil relativement rapide de la malade. Son hypoglycémie majeure avait été produite par une ingestion massive d'alcool. La réaction de Pari s'avèrera négative.

Madame B. ... Nicole est une femme de 31 ans, aînée d'une famille de trois enfants (une soeur de 30 ans, un frère de 15 ans). Sa santé au cours de son enfance a été assez fragile, ce qui a conduit ses parents à beaucoup s'occuper d'elle. Son père est un homme actif, intelligent, à forte personnalité, enclin à boire de l'alcool.

A 18 ans, elle s'est amourachée d'un garçon et voulait se marier avec lui ; mais ses parents ont mis leur veto pour des raisons

professionnelles, et elle dut s'incliner. Quatre ans plus tard, elle épouse son actuel mari. Celui-ci travaille à l'E.D.F., est un garçon intelligent ; il est décrit, tant par sa femme que par ses beaux-parents- comme un garçon ayant peu de personnalité, sans grosse volonté et qui, lui-même, a quelques tendances à l'alcoolisme. Il paraît en fait très immature.

Le début de son intoxication exogène remonte à l'époque de son mariage. L'infantilisme extraordinaire dans lequel elle a été maintenue de la part de son père , particulièrement dominateur et autoritaire, semble bien être la cause même de son éthylisme aigu : son père a en effet exigé que le ménage, immédiatement après le mariage, vienne dîner tous les soirs chez lui. Il a gardé sa fille comme secrétaire particulière dans son entreprise pour mieux la conserver et la surveiller.

On propose à Madame B. ... une cure de désintoxication qu'elle accepte. Epreuve au vin (mais non au rhum !) positive. Implant d'Espéral. Le bilan biologique est peu perturbé. Seul le taux de prothrombine est abaissé à 56 %. Tests au glucagon, hyperglycémie provoquée normale . E.E.G. non perturbé.

Madame B. ... sort du service le 28 Mars, décidée à contrôler ses excès Hélas, sa résolution aura été de courte durée, car elle est à nouveau hospitalisée le 29 Mai dans un état semi-comateux. Depuis sa sortie, elle semblait aller mieux et avait repris une activité. La discussion avec un membre de sa famille nous apprend qu'en fait elle a repris ses habitudes éthyliques, et toujours au rhum.

A l'examen :

- Malade semi-consciente répondant difficilement aux questions avec dysarthrie. Regard brillant, facies jovial, haleine imprégnée. Pas de signe de Babinski, pas de sueurs ; abolition des réflexes rotuliens. Pas de signe d'hypertension portale. La glycémie est à 0,30g/l. . L'injection de sérum glucosé hypertonique améliore très rapidement les troubles.

Le 14 Juin , la malade part en convalescence dans une maison spécialisée pour une nouvelle cure de désintoxication.

Sur le plan biologique : Prothrombine : 73 %

B.S.P. : élimination un peu retardée

Test au Glucagon : hypoglycémie persistante
2 h. 30 après le début de l'épreuve.

- Deux ans plus tard, le 1er Mars 1971, Madame B. ... revient dans le Service pour cirrhose décompensée ... Elle ne boit plus de rhum, mais 2 litres de vin rouge par jour , éventuellement un litre de cidre auxquels s'ajoutent parfois divers apéritifs Elle est très consciente de son exogénose et se sent très culpabilisée. Elle fait montre d'un exhibitionnisme mental assez peu ordinaire chez la femme éthylique en annonçant d'emblée qu'elle est une femme très coupable, décrivant avec complaisance son alcoolisme. Elle ne parle jamais de son mari, ni de sa fille de huit ans ; mais se rapporte toujours à son père chez qui elle cherche à trouver refuge. Elle est très lucide sur son état de déchéance physique et morale et accepte le principe d'une véritable psychothérapie.

Sur le plan fonctionnel :

- Aménorrhée depuis 4 mois, précédée d'une longue période de spanio-ménorrhée.
Depuis plusieurs mois, augmentation du volume de l'abdomen.
Apparition progressive d'un ictère cutanéomuqueux, d'urines foncées.
Asthénie, anorexie, amaigrissement.
Pituites matinales, nausées, vomissements dans la journée, épisodes diarrhéiques.
Insomnies, cauchemars nocturnes, crampes dans les mollets.
- Signes généraux : Fièvre à 38° - T.A. : 10/6 - Poids 52 Kgs -
Pouls : 110 - V.S. : 30/70.
- Signes physiques :
L'état de la malade est très impressionnant :

Faciès émacié - varicosité des pommettes

Ictère généralisé, un peu bronzé

Amyotrophie considérable des membres inférieurs, contrastant avec un abdomen énorme, distendu par une volumineuse ascite dépliant l'ombilic. Circulation collatérale prédominant dans les flancs et la région sous-ombilicale ; vergetures.

Le foie et la rate ne sont pas perçus sous cet épanchement liquidien. Appareil cardio-respiratoire normal, pas d'épanchement pleural.

Radiographie du thorax normale

- Examen neurologique : conscience normale si ce n'est un retard d'indétermination pour les réponses aux questions.

Force musculaire globalement diminuée. Pas de tremblements.

Pas de troubles sensitifs aux membres inférieurs.

Réflexes rotuliens et achilléens un peu vifs. Cutanés plantaires en flexion. Réflexe pupillaire normal.

- Ecchymoses aux membres inférieurs.

Evolution : Sous l'effet du repos strict et du traitement, disparition de l'ascite. Diurèse satisfaisante (poids à la sortie : 47,5 Kg pour 52 Kg à l'entrée). Persistance d'un subictère généralisé.

La malade sort le 5 avril pour une maison de rééducation pour alcooliques sous surveillance psychothérapique. Son état clinique est très précaire. Cette tentative de sauvetage, qui semble correspondre au désir profond de la malade, survient bien tardivement, alors que les lésions neurologiques et hépatiques paraissent irrémédiables.

Mme B. ... demeure en maison spécialisée jusqu'au 15 Mai, date à laquelle elle rentre chez elle.

Le 22 Mai : Hématémèse de moyenne abondance motivant une nouvelle hospitalisation. Pas de rechute hémorragique en cours d'hospitalisation. La malade rentre chez elle le 8 Juin, ayant restauré son capital globulaire.

Le 25 Juin : Nouvelle hospitalisation pour hématomèse.

Pas d'écart de régime depuis le dernier séjour.

Pose d'une sonde de Blakemore pendant 48 heures. A son retrait, pas de rechute d'hémorragie. La malade reçoit durant son séjour : 9 transfusions de 500 cc de sang.

- Sur le plan physique : Ictère cutané muqueux. Ascite (Périmètre abdominal : 74 cm). Foie dur, régulier, débordant de 7 cm. Rate palpable.

Pas de signes neurologiques ; mais atrophie musculaire importante.

La malade sort le 9 Juillet après ce nouveau sauvetage, consciente de la gravité de son état.

On trouvera ci-dessous un tableau comparé de l'évolution biologique.

		Mars 1969	Mars 1971	Juin 1971
N.F.S.	G.R.	3 490 000	2 270 000	2 040 000
	G.B.	11 850 pn : 72%	5 000 pn : 72%	7 100
Glycémie		0,33	0,83	-
Prothrombine		56 %	34 %	43 %
Cholestérol		2,33	1,22	3 g.
Bilirubine		6 mg	70 mg	44 mg
S.G.O.T.		-	61	38
S.G.P.T.		-	3	14
Mac Lagan		3,7	42	18
Hanger		0	+ + +	++
Lipides totaux		-	4,84 g/l	-
Protides totaux		62 g/l	60 g/l	-
Albumine		64 % (40g)	44 % (26,5g)	-
α^1 G		1,5 %	1,25 %	-
α^2 G		4,5 %	3,5 %	-
β G		7 %	Bloc 48 %	-
γ G		9 %		-

RESUME d'OBSERVATION

=====

- Femme de 33 ans, éthylique depuis une dizaine d'années - Ethylisme de motivation familiale: père dominateur, alcoolique, mari alcoolique.
- Première hospitalisation en Mars 1969 pour coma hypoglycémique en rapport avec une intoxication alcoolique aiguë. Pas de traduction clinique ni biologique de cirrhose. Cure de désintoxication non couronnée de succès.
- Deuxième hospitalisation en Mai 1969 dans un tableau similaire. Nouvelle cure aboutissant à un échec.
- Troisième hospitalisation - 2 ans plus tard - = cirrhose décompensée ictéro-ascitique. Troubles nutritionnels majeurs. Signes biologiques très perturbés. Nouvelle tentative de sauvetage avec psychothérapie acceptée par la malade.
- Quatrième et Cinquième hospitalisations, deux et trois mois plus tard pour hématomés.

Cette observation nous paraît intéressante à plus d'un titre :

- 1 - Comas hypoglycémiques révélateurs d'une intoxication alcoolique aiguë.
- 2 - Survenant chez une femme jeune, évoluant dans un contexte familial et psychologique bien particulier.
- 3 - Cirrhose décompensée en l'espace de deux ans, durant lesquels le mode d'intoxication a changé, passant du rhum à des alcools "plus ordinaires", ce qui provoqua une plus grande ingestion quantitative.
- 4 - Troubles nutritionnels marqués.
- 5 - Signes hémorragiques majeurs (hématomés), traduisant une atteinte hépatique gravissime.

Etude CLINIQUE
de TRENTE et UNE OBSERVATIONS

Notre étude portera sur 31 cas de cirrhoses alcooliques survenues chez des femmes avant l'âge de 50 ans. Ces observations ont été recueillies en six ans dans un Service de Médecine Générale de C.H.U. Ce nombre à première vue peut paraître assez restreint, mais il équivaut à 1/10ème de toutes les cirrhoses masculines et féminines soignées dans le même service durant la même période. Il est vraisemblable que bon nombre de cirrhoses sont vues en milieu psychiatrique, à l'occasion d'une des nombreuses manifestations psychiatriques de l'alcoolisme.

Voici en un tableau comparé, comment se répartissent les cirrhoses masculines et féminines des six dernières années :

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	FEMMES avant 50 ans
1965	34	17	17	2
1966	29	25	4	1
1967	62	41	21	5
1968	47	32	15	7
1969	57	41	16	8
1970	68	47	21	6
1er Trim.71	13	7	6	2
TOTAL	310	210	100	31
Pourcentage		67,7%	32.2%	

Sachant que nous avons retenu 31 cas de cirrhoses survenues chez des femmes avant cinquante ans, nous voyons donc que ce chiffre correspond au dixième de l'ensemble des cirrhoses et à 31 % des cirrhoses féminines.

.....
 : A S P E C T D E M O G R A P H I Q U E :

SITUATION FAMILIALE

=====

- 1 - *Maritale* : La plupart des 31 femmes sont ou ont été mariées :
 30 au total, sur lesquelles il convient de citer :
- . une veuve à vingt ans, remariée à vingt-deux.
 - . une femme de 30 ans, séparée, ayant un enfant élevé par une soeur
 - . une divorcée, 2 enfants, devenue entraîneuse après son divorce.
- Une seule femme, débile mentale, est demeurée célibataire.

- 2 - *Nombre d'enfants* :

Nombre d'enfants	0	1	2	3	4	5	7	8	9	Total
Nombre de femmes	2	6	9	2	2	2	1	1	1	26

Le nombre d'enfants n'est pas précisé pour 5 femmes.

- . Deux enfants sont retrouvés dans 9 cas.
- . Trois femmes ont respectivement 7, 8, 9 enfants. Dans ces trois cas, il est noté que le mari est éthylique
- . Il convient de noter qu'une de ces femmes a eu 9 enfants, dont deux sont décédés (cf. observation n° 1).
- . Une autre a eu 8 enfants dont un débile mental et un autre décédé à 5 ans d'un accident.

- 3 - *Ethylisme du conjoint* :

- . Il est noté dans 12 cas. 2 maris étaient d'ailleurs en cure de désintoxication.

4 - *Ethylisme du Père :*

. Noté dans cinq cas.

CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES

1 - Age :	de 20 à 30 ans	:	3 cas	10 %
	de 30 à 40 ans	:	9 cas	30 %
	de 40 à 45 ans	:	11 cas	35 %
	de 45 à 50 ans	:	8 cas	25 %

2 - *Mode d'intoxication :*

Vin (rouge ou blanc) : 12 cas
 Vin et bière 3 cas
 Vin et cidre 2 cas
 Bière seule 2 cas
 Apéritifs ou liqueurs. 3 cas
 Non précisé 9 cas

3 - *Début d'intoxication ; motifs*

Il est souvent difficile à préciser.

Il semble néanmoins se situer, pour la plupart, à l'adolescence, en particulier pour les femmes aux alentours de 45 ans dont l'alcoolisme paraît remonter aux années de guerre 39-45.

Un facteur déclenchant est très souvent retrouvé ; c'est un des faits qui caractérise d'ailleurs l'alcoolisme féminin, nous y reviendrons. Telle cette femme de 36 ans , veuve à 20 ans qui se mit à boire à la mort de son mari.

Telle cette femme de 41 ans, ayant 2 enfants, divorcée, devenue entraîneuse alors "sur le tard".

Cette femme encore, habitant "sur un terrain de sport de banlieue", mariée à un alcoolique qui lui donna 9 enfants dont 2 sont décédés.

Telle cette femme de 45 ans, 8 enfants, dont l'un est débile, et l'autre décédé en bas âge.

Telle cette femme de 46 ans qui buvait depuis plusieurs années lorsqu'elle perdit sa fille de leucose, et qui, trois ans plus tard, décompensait sa cirrhose, par un plus grand apport d'alcool "consolateur".

Nous ne ferons que rappeler l'exemple que nous avons décrit dans l'observation n° 4 de cette jeune femme demeurée sous l'emprise d'un père dominateur.

4 - Répartition géographique :

Ville	11 cas
Banlieue	7 cas
Campagne	12 cas
S. D. F.	1 cas

ETUDE CLINIQUE

- Analytique :

Anorexie, vomissements, épisodes diarrhéiques, amaigrissement, représentent, dans la majorité des cas, les principales manifestations fonctionnelles conduisant à la recherche de signes d'hypertension portale.

Parmi les signes généraux, nous avons retenu : la fièvre, l'ictère, l'œdème des membres inférieurs.

Parmi les signes d'hypertension portale : le gros foie, la grosse rate, l'ascite, la circulation collatérale.

Nous verrons ensuite les signes associés : hémorragiques, neurologiques, endocriniens, pulmonaires et divers.

SIGNES GENERAUX

La fièvre : elle existe dans 12 cas :

2 fois elle est en rapport avec une infection urinaire à colibacille

1 fois avec un foyer pulmonaire infectieux.

Dans les 9 autres cas où elle est présente, elle est peu élevée, ne dépassant pas 38°5, en général voisine de 38.

Elle existe dans les six cas où l'évolution est fatale dans un tableau de cirrhose décompensée.

L'ictère : franc dans six cas.

simple subictère conjonctival dans 17 cas,
n'existe pas dans 6 ; non précisé dans 2 cas.

L'oedème des membres inférieurs :

il est important chez 3 femmes
discret chez dix d'entre elles,
inexistant dans 15 observations ; trois fois non précisé.

SIGNES d'HYPERTENSION PORTALE

- . Le foie : dans 5 cas il dépasse le rebord costal de plus de cinq travers de doigt. Dans 9 cas, il le déborde de plus de trois travers. Son volume est inappréciable du fait de l'ascite ou de son atrophie dans 11 cas. Enfin, son bord inférieur est simplement perçu dans 6 cas.
- . La rate : dans 4 observations elle est perçue, débordant légèrement dans l'hypochondre gauche. Dans 11 cas, comme le foie, elle est inappréciable du fait de l'ascite. Dans 16 cas enfin, elle n'est pas perçue.
- . L'ascite :
Très abondante chez 5 femmes,
abondante pour 8 d'entre elles.
7 cas où elle se résume à une simple lame dans les flancs.
11 cas où elle est absente.
- . Circulation collatérale :
Importante dans 8 cas ; dans un cas se trouve d'ailleurs réalisée une cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten par dilatation de la veine ombilicale.
Elle est discrète dans 13 cas, non précisée dans 6, inexistante dans 4 cas.

Nous pouvons résumer l'ensemble de ces signes dans le tableau suivant :

	FOIE	RATE	ASCITE	CIRCULAT. COLLATER.	ICTERE	OEDEME des MEMB. Inférieu.
+++	5		5	8	6	3
++	9		8			
+	6	4	7	13	17	10
0		16	11	4	6	15
?	11	11		6	2	3

AU TOTAL : On retrouve dans :

14 cas un gros foie , 4 fois une grosse rate
 20 fois une ascite, 21 circulations collatérales
 23 ictères, dont 6 généralisés cutanéomuqueux
 13 fois des oedèmes des membres inférieurs
 12 fois l'existence d'une fièvre

SIGNES ASSOCIES

1/ - Hémorragiques

Majeurs : en rapport avec l'hypertension portale : Hématémèses ou melaenas sont retrouvés dans 6 cas.

: Epistaxis abondantes dans 2 cas.

: Fibrinolyse dans un cas.

Mineurs : cutanéomuqueux : Angiomes stellaires cités 3 fois

Gingivorragies et métrorragies citées
 1 fois

: Purpura abondant noté 2 fois

: Le piqueté hémorragique du voile,
 signe fidèle n'est noté que 4 fois.

2/ - Neurologiques

Mineurs : Simples trémulations dans 9 cas

Pré-delirium noté 6 fois, Confusion mentale 7 fois

Majeurs : 2 épilepsies

2 syndromes psycho-polynévritiques

Polynévrites : signes subjectifs marqués dans 5 cas

signes subjectifs et objectifs dans 3 cas

AU TOTAL donc, 8 femmes sur 31 présentent des signes patents de polynévrite des membres inférieurs. Ce qui représente un peu plus de 25 % des femmes de notre étude.

Age des femmes présentant des signes subjectifs : 36, 39, 40, 44 et 47 ans, ayant respectivement 2, 3, 1, 2 et 2 enfants.

Age des femmes présentant des signes subjectifs et objectifs : 37, 37 et 41 ans ayant respectivement : 5, 7 et 9 enfants

Ces femmes boivent indifféremment du vin ou de la bière; il est difficile d'établir une relation entre la durée de la phase d'intoxication et le délai de survenue de signes de polynévrite.

Mais il est intéressant de noter (pur hasard ou traduction d'un fait qui demande à être vérifié et expliqué) que ce sont les femmes qui dans notre étude ont eu parmi le plus grand nombre d'enfants, que ce sont elles qui ont présenté les signes les plus graves objectifs de polynévrite.

Le plus grand nombre de grossesses fragiliserait-il davantage l'organisme de la femme, et en particulier son système nerveux, le rendant plus vulnérable aux méfaits de l'alcool.

3/ - Signes endocriniens

L'aménorrhée est souvent un symptôme annonciateur d'une cirrhose

en voie de décompensation. Elle est en fait le témoin de désordres hormonaux sans doute plus profonds sur lesquels nous reviendrons. On sait la rareté de la grossesse en cours de cirrhose confirmée.

Nous avons vu le piège classique que tendait la survenue d'une aménorrhée, lorsqu'on constatait une augmentation de volume abdominal évoquant un utérus gravide. Mais une grossesse, bien que rare au cours de l'évolution cirrhogène, ne doit pas à l'inverse être exclue.

Pour notre part, nous avons dans 10 cas, retrouvé une aménorrhée datant de plusieurs mois, parfois plusieurs années.

Une dépilation axillaire et pubienne nette est notée dans 6 cas.

Une insuffisance surrénale fonctionnelle prouvée par dosage des stéroïdes urinaires est retrouvée dans 3 cas.

4/ - *Signes pulmonaires*

5 fois, il a été noté un épanchement pleural uni ou bilatéral faisant partie d'un tableau d'anasarque. L'examen de ces épanchements a éliminé toute tuberculose surajoutée.

Dans un cas, il existait des antécédents de tuberculose pulmonaire dont les lésions étaient stabilisées à la radiographie.

Enfin, au cours d'une nécropsie, l'examen histologique d'un ganglion bronchique a prouvé l'existence d'une tuberculose évolutive.

AU TOTAL : l'association à la tuberculose s'est avérée rare, contrairement à ce qui est habituellement décrit.

Signalons que le liquide d'ascite a toujours été stérile de bacilles tuberculeux.

5/ - *Signes digestifs*

La radiographie oeso-gastro-duodénale a permis de découvrir :

dans 2 cas une hernie hiatale
 dans 1 cas des signes de gastrite
 dans 4 cas, des varices oesophagiennes, lorsque leur recherche
 a été faite.
 En aucun cas, il n'a été observé d'ulcère.

6/ - *Diverses associations.*

Un rétrécissement mitral ayant nécessité une commissurotomie.
 Deux infections urinaires à colibacille.
 Une syphilis évolutive.
 Un coma hypoglycémique comme nous l'avons vu dans l'observation
 n° 4.

AU TOTAL : *suyivant la gravité du tableau clinique* =====

- Dans 5 cas, soit 17 % des cas, le tableau est réduit à l'existence d'un gros foie ferme.
- Dans 7 cas, soit dans 22 % des cas, le tableau s'enrichit d'une lame d'ascite et d'un oedème des membres inférieurs.
- Dans 10 cas (32 %) se trouve réalisé le tableau de première décompensation à prédominance oedémato-ascitique.
- Dans 9 cas (29 %) le tableau réalisé est celui de la grande décompensation associant à des degrés divers : ictère franc, signes hémorragiques majeurs, ascite, oedème des membres inférieurs importants.

EVOLUTION des FORMES GRAVES =====

Sur ces 9 cas, 6 ont évolué défavorablement dans un tableau de coma hépatique terminal, dans 4 cas évolution hâtée par la survenue d'une hématémèse ou d'un melaena; dans 4 cas l'évolution se faisant au cours d'une poussée d'ictère grave terminal. 2 de ces cas réalisant donc un syndrome ictéro-hémorragique hâtant l'évolution fatale dans le coma hépatique. Le tableau clinique de ces six cas d'évolu-

tion fatale est schématisé ci-dessous :

AGE	47 ans	49 ans	48 ans	41 ans	48 ans	41 ans
Foie	?	?	++++	?	?	?
Rate	?	?	+	?	?	?
Ascite	+	++	0	+++	++	+++
Circul.collatér.	+	++	+	+	++	++
Oedème Memb.Inf.	0	-	0	++	++	+
Ictère	++	++	0	+	+	++
Fièvre	+	+	++	+	+	+
S. Hémorragiq.	++++	+	+++	++	+	+++
S. Neurologiq.	0	+	0	0	0	Polyné- vrite
S. Endocrinie.	0	0	0	+	0	

AU TOTAL : Nous constatons que 6 femmes sur 31, soit un peu moins de 20 % d'entre elles, sont décédées. Leur âge moyen de décès est de 46 ans, si l'on considère que l'âge moyen, comme nous le verrons plus loin, où les femmes présentent les premiers signes de l'intoxication éthylique, est de 35 ans, l'évolution globale est donc de onze années environ.

Notons que toutes présentent des signes hémorragiques à des degrés divers, mais qu'une seule d'entre elles présente une polynévrite franche ; la survenue d'une polynévrite n'impliquerait donc pas en soi un pronostic plus particulièrement mauvais. Il traduit certes une atteinte nutritionnelle sévère ; mais le pronostic dépend du degré d'hypertension portale et d'atteinte fonctionnelle hépatique dont la traduction directe est justement l'existence ou non de signes hémorragiques, engageant directement ce pronostic. Il est évocateur de noter

que 4 de ces 6 femmes décédées qui ont présenté des signes majeurs d'hémorragie (hématémèse ou melaena) sont décédées dans les jours ou les semaines qui ont suivi cette spoliation sanguine, alors que jamais auparavant, dans leurs antécédents il n'était noté de telles manifestations hémorragiques.

La biologie, comme nous le verrons, a une incidence pronostique essentielle.

E T U D E B I O L O G I Q U E

Le diagnostic de cirrhose éthylique est étayé par des tests biologiques précis : tests hépatiques jugeant de l'atteinte cellulaire même, tests sériques s'attachant en particulier à déterminer des perturbations des protéines sériques par électrophorèse.

TESTS HEPATIQUES

Le cholestérol total (normale 2,50 g/l.)

Il est :

- nettement abaissé (inf. à 2 g.) dans 20 cas sur 25 (2 cas inf. à 1g)
- compris entre 2,50 et 2g. dans 2 cas
- Supérieur à 2,50 dans 3 cas. Non mesuré dans 6 cas.

Le taux de prothrombine :

inférieur à 30 % dans 5 cas
entre 30 et 50 % dans 12 cas
de 50 à 70 % dans 8 cas
supérieur à 70 % dans 3 cas.

Au total, il est donc nettement abaissé (inférieur à 50%) dans 60 % des cas.

La fibrine : mesurée 11 fois, elle est inférieure à 3 g/l. dans 9 cas.

Tests inflammatoires (non mesurés dans 6 cas).

- Hanger : très perturbé 19 fois sur 25
- Mac Lagan 11 fois supérieur à 30.

Tests de cytolyse : mesurés 16 fois :

S.G.O.T. supérieures à 70 : 12 fois

S.G.P.T. supérieures à 40 : 8 fois

Bilirubine : de 15 à 40 mg : 8 cas De 40 à 100 mg. : 6 cas

Supérieure à 100 : un cas Normale dans 5 cas

Phosphatases alcalines : mesurées 15 fois

Supérieures à 12 U.K.A. dans 8 cas

Protides totaux : non mesurés dans 2 cas

compris entre 65 et 75 g/l. dans 12 cas

inférieurs à 65 g/l. dans 12 cas, le chiffre le plus bas étant 55 g/l.

supérieurs à 75 g/l. dans 3 cas, le chiffre le plus élevé étant 87 g/l. faisant alors parler de cirrhose hyperprotidique.

ELECTROPHORESE : effectuée dans 29 cas.

- L'albumine : elle est normale dans 4 cas

inférieure à 45 % dans 22 cas, chiffre inférieur : 30%

- L'alpha 1 globuline ne varie guère

- L'alpha 2 globuline est augmentée dans 8 cas, normale dans 12, abaissée dans 5 cas.

- Les Béta globulines normales dans 12 cas, élevées dans 4, abaissées dans 4

- Gamma globulines : Dans tous les cas où il n'existe pas de bloc Béta Gamma, elles sont élevées.

- Bloc Béta-Gamma : retrouvé dans 16 cas ; chiffre le plus élevé : 56 %.

- Albumine/Globulines : rapport inférieur à 0,80 dans 18 cas.

Autres examens sanguins :

1/ Numération formule sanguine :

Anémie : inférieure à 3 500 000 retrouvée 14 fois

inférieure à 3 000 000 retrouvée 10 fois

inférieure à 1 000 000 une fois, en rapport avec une hémorragie massive.

Globules blancs : Hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile
dans 4 cas

Normoleucocytose dans 11 cas

Leucopénie avec neutropénie dans les 16 cas restants.

Plaquettes : dénombrées dans 14 cas

7 thrombopénies inférieures à 100 000

2/ *Fer sérique* mesuré 10 fois : supérieur à 150 γ 3 fois
de 100 à 150 .. γ 6 fois
égal à 45 % 1 fois

3/ *Urée* : 27 fois elle a été dosée
17 fois inférieure à 0,15 g/l.

RESULTATS SYNTHETIQUES

Pour le nombre de dosages effectivement pratiqués :

Le cholestérol est abaissé, inférieur à 2 g/l. dans ..	80%	des cas
Le taux de prothrombine est inférieur à 50 % dans	60%	"
Le test de Hanger est perturbé dans	76%	
Le test de Mac Lagan l'est dans	36%	
Signes de cytolyse hépatique dans	32%	
Rétention de Bilirubine dans	50%	
Protides totaux abaissés dans	40,8%	
Urée, inférieure à 0,15 g/l. dans	60%	
Albumine abaissée dans 22 cas sur 29, soit	74,8%	
α^2 globulines élevées dans 8 cas sur 29, soit	27,2%	
γ globulines toujours élevées		
Blœ β - γ globulines dans 16 cas sur 29, soit dans	54,4%	
Albumine/Globulines abaissé dans 18 cas sur 29, soit .	61,2%	

D'autre part,

Il existe une anémie dans .. 83,2% des cas

Une leucopénie dans près de 50%

Une thrombopénie dans près de 25%

En résumé de cette étude, on peut noter que ce sont : le cholestérol, le taux de prothrombine, le test de Hanger et l'électrophorèse qui se trouvent les plus perturbés. Les plus caractéristiques sont peut-être l'abaissement du taux de prothrombine, du taux global des protides, avec apparition d'une baisse de l'albumine et d'une soudure des β et γ globulines à l'électrophorèse.

Ce sont ces tests qui se trouvent d'ailleurs parmi les premiers touchés au cours du processus cirrhogène.

TABLEAU regroupant les signes BIOLOGIQUES des 6 cas de cirrhose d'évolution mortelle, mesurés avant la toute dernière phase de décompensation finale.

(à rapprocher du tableau regroupant les signes CLINIQUES).

AGE	47 ans	49 ans	48 ans	41 ans	48 ans	41 ans
Cholestérol Tt	-	0,93	1,80	1,15	-	1,76
Prothrombine	-	32%	43%	21%	15%	23%
Fibrine	-	1,9	-	2,9	2,9	1,24
Hanger	-	+	++	++	+++	++
Mac Lagan	-	16,5	18	44	32	35
S G O T	-	105	68	210	150	-
S G P T	-	5	12	80	41	-
Bilir. Tt	-	56	-	37	114	34
Urée	-	0,54	0,10	0,41	-	0,08
Protides Tt	-	58g/l	68g/l	72g/l	78g/l	66g/l
Albumine	-	37%	42%	39%	36%	32%
Bloc β/γ	-	52,5%	-	48,5%	54%	60%
Anémie	++	++	+	0	++	++
Globules Blancs	0	Leucop.	hyper-leucoc.	hyper-leucoc.	hyper-leucoc.	hyper-leucoc.
Plaquettes	-	-	-	70 000	75 000	-

Comparé au tableau et à l'évolution clinique, ce tableau ne fait que confirmer le mauvais pronostic que représentent l'abaissement du cholestérol, du taux de prothrombine, de la fibrine, ainsi que l'importance des perturbations des protides, en particulier la présence d'un bloc β - γ très élevé.

AUTRES EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

- =====
- 1 - *Scintigraphie* : elle a été pratiquée 11 fois, montrant dans tous ces cas l'aspect typique de cirrhose avec foie hypofixant, sans lacune, fixation splénique.
Foie absent dans 4 cas, avec hyperfixation splénique dans ces 4 cas, dans un de ces cas, fixation vertébrale associée.
 - 2 - *Le transit oeso gastro duodénal* lorsqu'il a été effectué, a permis de retrouver dans 4 cas des varices oesophagiennes, associées dans un cas à une lithiase biliaire spontanément visible.
Dans un cas une hernie hiatale a été mise en évidence.
Dans un cas, une gastrite à gros plis. Jamais d'ulcère.
 - 3 - *L'électroencéphalogramme*, pratiqué trois fois n'a pas révélé d'anomalie majeure.
 - 4 - *Une laparoscopie* a été effectuée une fois, car, à la palpation, le foie avait tous les caractères d'un foie métastatique, hypothèse rejetée par cet examen.
 - 5 - Deux fois a été pratiquée *une ponction biopsie*.
 - 6 - *Trois nécropsies* avec examen histologique ont été effectuées.

Dans les trois cas, l'examen histologique du foie a mis en évidence un remaniement cirrhotique diffus formé de bandes fibreuses circonscrivant des néo-lobules de régénération avec hépatocytes en état de stéatose diffuse. La rate est congestive, avec transformation fibreuse de la pulpe rouge.

Dans un de ces cas, il a été retrouvé une tuberculose ganglionnaire évolutive au niveau de ganglions médiastinaux.

EN RESUME de cette étude clinique et biologique de 31 cas de cirrheses
 ===== éthyliques de femmes âgées de moins de 50 ans, nous avons clas-
 sé chaque cas selon son degré d'atteinte clinique et biologique.

Un premier groupe nommé C₀ regroupe les états de pré cirrhose

Un second groupe, C₁ regroupe les cas où existe un gros foie et où
 la biologie est encore peu perturbée

Un troisième groupe, C₂ regroupe les états de cirrhose confirmée, cli-
 nique et biologique.

Enfin, le dernier groupe C₃ représente les cas d'évolution mortelle.

Groupe C₀ 3 femmes AGE : 41 - 23 - 43 (10%) Moyenne d'âge : 35,6ans

Groupe C₁ 7 femmes AGE : 28-39-37-40
 38-36-41 (22%) Moyenne d'âge : 37 ans

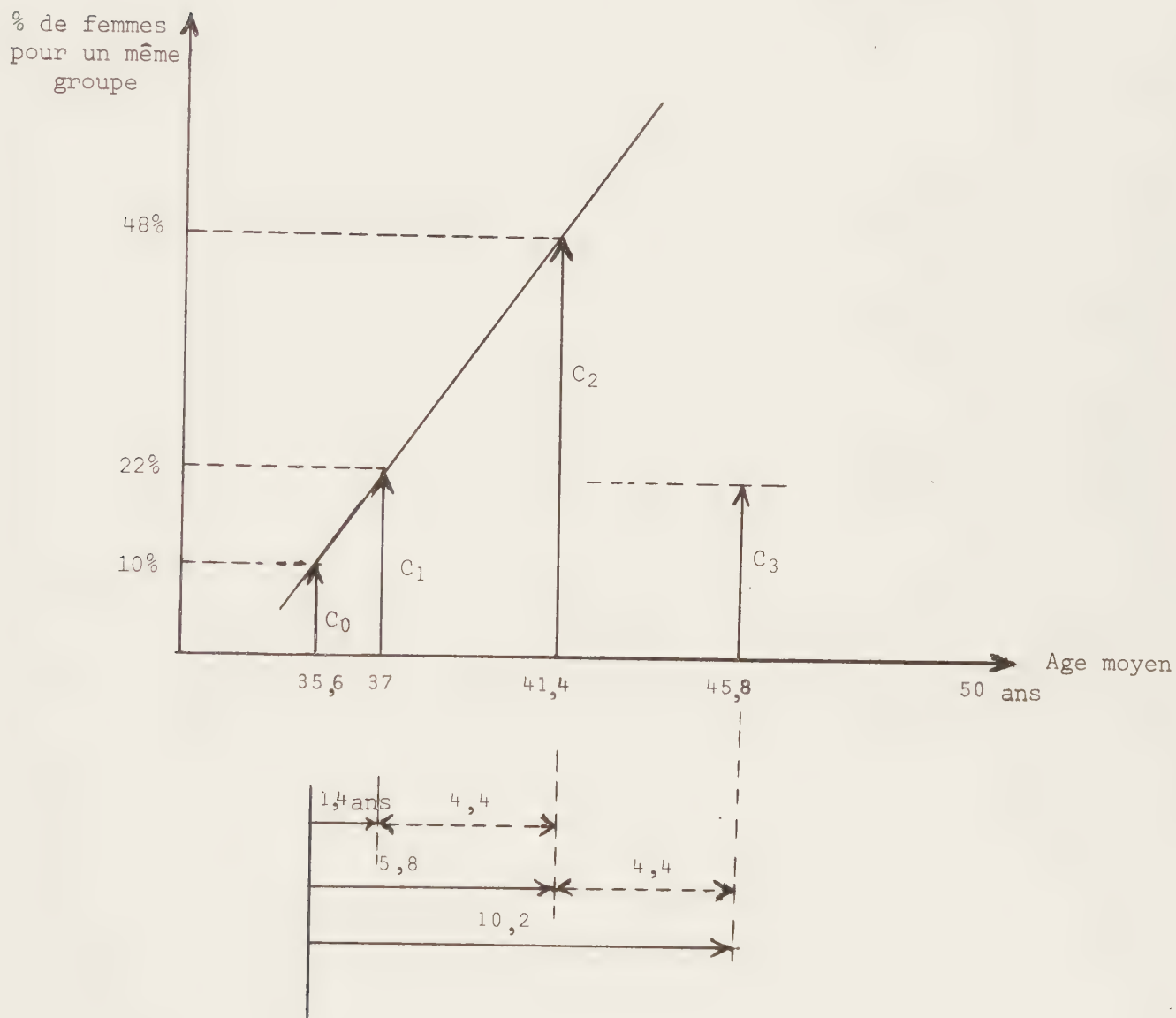
Groupe C₂ 15 femmes AGE : 44-45-45-33-
 48-43-47-40 (48%) Moyenne d'âge : 41,4ans
 30-44-40-48
 41-41-33

Groupe C₃ 6 femmes AGE : 47-49-48-41
 48-41 (20%) Moyenne d'âge : 45,8ans

Il est intéressant de constater que, parmi les 7 femmes
 constituant le groupe C₁, la plupart présentent des signes neurologiques
 ou psychiatriques. Trois d'entre elles présentent des signes de polyné-
 vrite objectifs ou subjectifs ; l'une d'entre elles a des signes sub-
 jectifs de polynévrite associés à un état de délire. Deux autres ont
 leur comportement nettement perturbé.

L'aggravation des lésions hépatiques paraît donc régu-
 lière, alors que l'atteinte neurologique paraît fixée plus précocément :
 en faisant une moyenne d'âge des 8 femmes atteintes de polynévrite (que
 nous avons citées plus haut en cours d'étude clinique) , nous trouvons
 une moyenne d'âge de 40,10 ans.

Nous pouvons établir un graphique schématisant le degré d'atteinte hépatique pour un même groupe d'âge "moyen" de femmes en fonction du pourcentage de femmes de ce même groupe moyen par rapport aux 100 % que représentent nos 31 cas. Ces pourcentages et ces moyennes d'âge sont indiqués à la page précédente.



Ce graphique nous suggère que l'évolution cirrhogène, depuis les premières manifestations de l'alcoolisme, se fait régulièrement dans le temps, selon un mode arithmétique. L'âge moyen de 35-37 ans, le plus souvent cité, paraît bien être l'âge où la femme alcoolique présente les premiers signes graves de cette intoxication (en particulier neurologiques et psychiatriques), nécessitant son hospitalisation.

A cette période, on retrouve en général un gros foie et des tests biologiques peu perturbés.

Mais, quatre à cinq ans plus tard, près de 50 % de ces femmes sont susceptibles de décompenser leur cirrhose.

Encore 4 à 5 ans d'évolution, et 20 % de l'ensemble des femmes décèdent dans un tableau de coma hépatique.

AU TOTAL, pour ces 20 % , on peut admettre que l'évolution n'aura guère dépassé une dizaine d'années, l'échéance fatale survenant en moyenne à 45,8 ans.

Encore, manquons-nous de recul pour savoir si les femmes qui n'ont pas encore quarante ans décompenseront gravement leur cirrhose d'ici dix ans. Sans doute, aboutirions-nous aux mêmes conclusions, puisque nous donnons présentement un pourcentage relatif en nombre et dans un temps donné.

L' ALCOOLISME FEMININ

Nous allons aborder maintenant le problème de la cirrhose alcoolique de la femme en le replaçant dans le contexte plus général de l'alcoolisme.

D'après l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, au cours du 2ème trimestre 1969, 133 422 personnes sont décédées en FRANCE : 69 111 hommes et 64 311 femmes. Sur ce total : 4 057 sont décédées de cirrhose du foie : 2 839 hommes et 1 218 femmes. Si l'on admet que l'étiologie de la cirrhose hépatique est alcoolique dans au moins deux tiers des cas, on peut admettre que la cirrhose éthylique est responsable de 2 700 décès par trimestre, soit près de 2 % des décès totaux. Près d'une femme pour deux hommes décède de cirrhose alcoolique (exactement trois femmes pour sept hommes).

L'alcoolisme demeure donc bien un fléau national, puisque 11 000 personnes par an décèdent de cirrhose alcoolique. Encore dans ces statistiques n'est-il pas fait mention des décès où l'alcool intervient directement ou indirectement, provoquant ou favorisant l'apparition de nombreuses manifestations pathologiques : qu'il s'agisse des associations morbides avec la tuberculose, les processus infectieux localisés ou généralisés, les maladies cardio-vasculaires, les troubles digestifs gastro-intestinaux, pancréatiques, et surtout tous les troubles à composante neurologique et psychiatrique. Encore faudrait-il parler des accidents de la route ... Selon P. PERRIN, 20 à 50 % des accidents de la circulation dans les pays eutopéens surviennent alors que les conducteurs sont en état d'ébriété. Le risque d'accident décuple lorsque l'alcoolémie passe de 0,50 à 1,50 g/l. FREEMAN note que les

2/3 des conducteurs ont besoin de leur voiture pour leur profession.... Ces conducteurs appartiennent à toutes les classes de la société ; et dans 1/3 des cas exercent une profession libérale : architectes, hommes de loi ou d'affaires, et même médecins ! Par contre, il n'a jamais trouvé de femme ivre au volant ...

Il convient de noter aussi, au cours de cette étude, les accidents du travail liés à un état d'ivresse patente ou à un état d'imprégnation alcoolique chronique retentissant sur les capacités d'attention et de prudence. On sait combien ces accidents, par les conséquences qu'ils entraînent (arrêts de travail répétés, hospitalisations parfois longues et coûteuses, absentéisme, répercussions familiales ...), font payer à la société un lourd tribut moral et financier.

L'étude de l'alcoolisme est demeurée longtemps attachée aux manifestations que l'homme en présentait. On était habitué à ce qu'un homme boive de l'alcool ; cela faisait partie de son tempérament. La plus grande facilité avec laquelle il buvait sans s'en trouver incommodé, témoignait d'une plus grande virilité. Nulle part, il n'était fait mention de sa compagne, épouse dévouée et fidèle, chargée de l'éducation des enfants, supportant en silence les avanies, sauvant la face par une tenue de maison impeccable et un dévouement à toute épreuve.

Mais peu à peu, l'évolution industrielle et sociale a conduit la femme à délaisser ses casseroles et son parquet ; les enfants grandissent vite et deviennent rapidement ingrats ... La femme s'est installée dans les usines, dans les bureaux, aux rayons des grands magasins ; elle s'est socialisée, émancipée, devenant l'égale sociale de l'homme, soumise aux mêmes influences. Elle est devenue une proie fragile pour notre société alors qu'elle n'y était pas préparée. Et on sut qu'elle pouvait user et abuser de l'alcool.

Voici une dizaine d'années que l'étude de l'alcoolisme féminin a pris essor. Son approche est difficile, car notre monde n'ac-

cepte pas la femme alcoolique. Il la rejette comme une épine honteuse et insupportable. Ce qui conduit la femme à s'isoler pour boire ou à se retrouver avec d'autres comparses, clandestinement. C'est pourquoi il est difficile de se faire une idée précise de l'alcoolisme féminin, d'autant plus que la femme elle-même ne l'avoue que très difficilement.

Les meilleures données statistiques sont, sans nul doute, celles qui proviennent d'études comparatives hommes-femmes.

Sur une étude comparative de malades hospitalisés en Médecine, BARRIERE rapporte les chiffres suivants

	Nombre de malades	Cirrhoses alcooliques	Décès	Cirrhoses d'autre étiologie
HOMMES	1 749	145 (8%)	34	9
FEMMES	1 314	159 (12)	52	4
TOTAL	3 063	304 (10% du total)	86	13

Une autre statistique lui a permis de prouver l'existence de signes d'alcoolisme certains chez 38,6 % des hommes hospitalisés en Médecine, contre 19 % chez les femmes).

Dans une étude portant sur 1 649 hommes et 795 femmes hospitalisés dans un même service, LEREBoullet cite les chiffres suivants :

HOMMES			FEMMES		
Alcooliques	617	37,5%	Alcooliques	116	14,6%
Suspects	270	16,3%	Suspectes	69	7,8%
Non alcool.	762	46,2%	Non alcool.	610	77,6%

C'est dire que dans une population globale, 4,7 % des personnes sont des femmes alcooliques ; 25,2 % (!) sont des hom-

mes. Ce qui correspond à une femme alcoolique sur six hommes environ.

Les chiffres cités par BARRIERE et LEREBoullet, exprimant le pourcentage d'alcooliques hommes et femmes par rapport à l'ensemble des hommes et des femmes hospitalisés, sont du même ordre :

	HOMMES	FEMMES
BARRIERE	38,6 %	19 %
LEREBoullet	37,5 %	14,6 %

Si l'on considère chaque groupe distinct hommes-femmes, on voit que l'alcoolisme féminin est inférieur de moitié environ à l'alcoolisme masculin.

Fontan considère qu'il existe en France au moins 300 000 femmes atteintes de troubles pathologiques d'origine alcoolique (de 1 500 000 à 1 800 000 hommes).

Il est certaines régions où la morbidité par alcoolisme est plus importante chez les femmes que chez les hommes ; ainsi en est-il de certains départements du Nord (Schodet) et de certaines régions de l'Ouest (Perrin). Nous venons de voir les chiffres cités par BARRIERE sur les pourcentages de cirrhoses alcooliques et de décès sur un chiffre global de malades hospitalisés : 12 % de cirrhoses chez les femmes, 52 décès, contre 8 % chez les hommes et 34 décès.

Y. Boquien et P. Perrin, sur 521 observations de cirrhoses, en notent 288 touchant un homme et 233 touchant une femme !

Ces quelques chiffres nous révèlent donc que l'alcoolisme continue d'exercer des ravages, contrairement à l'idée que voudrait nous en donner notre bonne conscience. L'alcoolisme féminin, s'il est moins important quantitativement que l'alcoolisme masculin, paraît par contre en pleine expansion. Les années à venir nous en donneront la preuve. Il est évident que beaucoup de femmes jeunes boivent en secret.

que l'intoxication de la femme débute relativement tôt, parfois au cours de l'adolescence.

Ce sont toutes ces conditions de survenue de l'alcoolisme chez la femme que nous voudrions étudier brièvement maintenant.

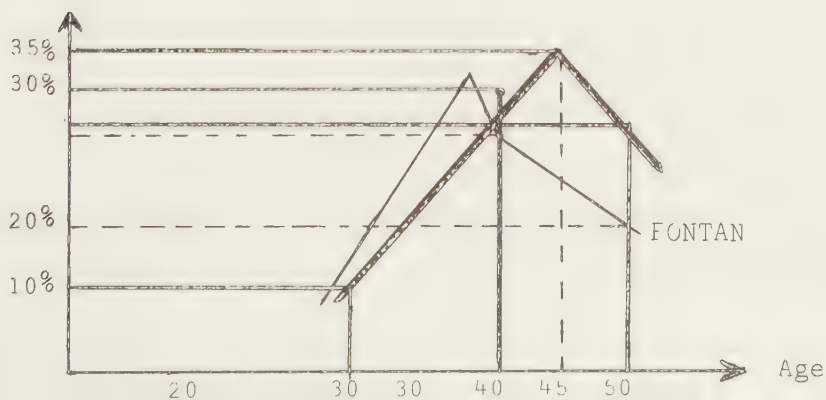
DONNEES SOCIALES

1 - Profession des femmes alcooliques

Dans la littérature, il est mis l'accent sur l'habituel bas niveau intellectuel et professionnel : femmes de ménage, ouvrières d'usine, serveuses, bonnes. Mais on doit y ajouter l'alcoolisme moins voyant du milieu de la prostitution, et aussi l'alcoolisme plus huppé des femmes du monde. Il suffit de lire les quelques réflexions de J.M. EYLAUD sur l'alcoolisme mondain; où il part en guerre en particulier contre " le cocktail " pour en être convaincu.

2 - Age d'admission à l'hôpital

FONTAN et WIERTZ, sur un total de 134 observations de femmes alcooliques, notent un maximum d'admission à l'hôpital entre 35 et 40 ans, la courbe montrant pour l'ensemble des femmes une augmentation du nombre des admissions entre 30 et 45 ans. Notons que la majorité de ces femmes est admise pour ~~cure~~ de désintoxication. Ce qui explique que dans notre étude, le maximum d'admissions ait lieu entre 40 et 45 ans, puisque les femmes étaient hospitalisées pour cirrhose. Cela confirme nos premières constatations : que la première hospitalisation a lieu vers 35-37 ans, et que quatre à cinq ans plus tard, c'est-à-dire à 40 ans passés, une seconde hospitalisation s'avère nécessaire pour cirrhose décompensée. Le graphique ci-dessous compare les âges d'admission cités par FONTAN aux nôtres :



3 - Situation familiale

Il est souvent noté que la femme alcoolique fut "la petite dernière" de sa famille, ou bien la cadette des enfants, ayant alors souffert d'un complexe de frustration vis-à-vis de l'aîné des enfants.

Quoi qu'il en soit, la femme alcoolique est souvent mariée, on note un assez fort pourcentage d'échecs conjugaux : 20 à 25%, voire 30 % : DESHAIES note 80% de femmes mariées sur lesquelles

14 % sont veuves,

25 % sont divorcées ou séparées.

S. PIVET parle de 92 % de femmes mariées sur lesquelles

32 % sont veuves ou divorcées,

et 24 % vivent en concubinage !

FONTAN et WIERTZ trouvent 94 % de femmes mariées, dont
près de 12 % de veuves

20 % de séparées ou divorcées

10 % vivant en concubinage.

4 - Nombre d'enfants

DESHAIES note que plus de 50 % de femmes ont moins de 4 enfants, que 68 % ont au plus 3 enfants.

FONTAN signale que 54,7 % des femmes ont moins de 5 enfants.

Pour notre part, 21 femmes sur 31 ont moins de 5 enfants, soit 67,2 % et 19 femmes sur 31 en ont moins de 4, soit 60,8 %.

La notion que la femme alcoolique est une grande multipare ne paraît donc pas devoir être retenue.

A l'inverse, elle n'est pas moins féconde : 8 femmes de notre étude ont au plus un enfant (6 en ont un ; 2 n'en n'ont aucun). Près de 25 % ont donc moins de deux enfants, pourcentage qui se rapproche de celui d'une population normale. Par contre, ce qui est plus fréquemment signalé, ce sont les avortements spontanés et provoqués.

5 - *Ethylisme familial*

- *paternel* : FONTAN et WIERTZ le retrouve dans 17,16% des cas.

De notre côté, il est signalé dans 5 cas, soit près de 16 %

- *ethylisme du conjoint* : les chiffres varient

FONTAN parle de 24,8 %

DESHAIES de 40 %

Melle PIVET de 57 % ! ...

KASTLER de 37 %

6 - *Mode d'intoxication*

Il varie selon les régions : le Nord est plus porté sur la bière, l'Ouest sur le cidre et le vin blanc , le Sud-Ouest sur le vin rouge ou blanc, le Midi sur les apéritifs et liqueurs.

L'association est fréquente : vin-bière ; apéritifs-liqueurs dans les milieux mondains.

Il semble que la femme boive moins régulièrement que l'homme, qu'elle boive par "à-coups", par crises. Plus facilement que l'homme elle changera de type d'alcool, passant du vin à la bière et de là aux liqueurs, ou vice-versa. Nous avons cité dans l'observation n° 4, l'exemple d'une femme qui avait commencé à s'intoxiquer au rhum, pour poursuivre au vin et apéritifs, jugeant qu'ils seraient moins toxiques que le rhum. FONTAN cite le cas d'une intoxication à l'Eau de Cologne ! ! .

De toutes ces données cliniques, il ressort que l'alcoolisme de la femme s'inscrit dans un contexte bien particulier. C'est pourquoi nous allons préciser les causes favorisantes de l'intoxication alcoolique chez la femme.

DONNES PSYCHIATRIQUES

L'étude du profil psychiatrique de la femme alcoolique est intéressant à plus d'un titre.

D'un côté, il est indéniable que ces perturbations psychologiques sont dans bien des cas, les conséquences mêmes de l'alcoolisme, et, dans ce sens, elles se rapprochent de celles observées chez l'homme : il s'agit alors d'un alcoolisme d'entraînement, d'habitude comme le laissent supposer les exemples d'alcoolisme conjugal et familial.

Dans ce cas, le psychisme se traduit sous forme d'un certain degré de passivité devant les événements courants de la vie, un manque d'autocritique et de structuration de la personnalité. Mieux que l'homme, la femme alcoolique accepte le traitement sans contrainte, sans rechigner, sans avoir le désir de fuir.

D'un autre côté, tous les auteurs sont d'accord pour dire que la femme cherche très souvent dans l'alcool une compensation à ses difficultés. Moins volontiers que l'homme, elle se mettra à boire par goût, par habitude. Dans la plupart des cas en effet, une cause **directe** ou indirecte est retrouvée à la base (avant de citer les principales, on ne nous en voudra pas de signaler qu'il est peut-être hâtif de faire de l'homme alcoolique un parfait toxicomane qui boit par simple plaisir. Des causes tout aussi précises existent chez lui. Et la psychiâtrie saura bien un jour nous le prouver)

Quelles sont donc les motivations de l'alcoolisme les plus fréquentes ?

MOTIVATIONS FAMILIALES : parents divorcés, séparés ; orphelins ;
parents éthyliques ; défection parentale.

DIFFICULTES CONJUGALES, d'ORDRE AFFECTIF : mésententes, brutalités, violences, souvent à rapprocher d

DIFFICULTES FINANCIERES, retentissant sur l'ambiance familiale, sur les enfants : bas salaires, logement exigu, insalubre.

DIFFICULTES SOCIALES de la femme qui s'ennuie dans son H.L.M. ou qui, au contraire, travaille "comme un homme" pour arrondir les fins de mois et qui a besoin de se "doper" pour tenir et profession et foyer.

DIFFICULTES PROFESSIONNELLES : travail trop pénible pour elle, en usine, à la chaîne, ennuis de santé provoquant l'arrêt de travail du mari.

DRAMES de la VIE et DRAMES FAMILIAUX : guerre ; divorce ou séparation (dont la fréquence est grande chez la femme alcoolique ainsi que nous l'avons vu plus haut); mort d'un enfant, d'un parent, d'une amie.

Nous rappelons les quelques cas que nous citons au début de ce travail comme facteurs déclenchants ; le cas de cette femme veuve à 20 ans ; les difficultés matérielles de cette autre femme vivant avec ses 7 enfants dans des conditions insalubres sur un terrain vague de banlieue ; l'exemple de cette femme ayant perdu un enfant en bas âge, un autre de ses enfants étant débile mental ; le cas enfin de cette femme ayant perdu une petite fille de leucose.

Ce sont là tous facteurs retentissant pareillement sur l'homme ; mais la fragilité de la femme est incontestablement plus grande sur le plan neurologique et psychique.

Il semble bien que l'alcoolisme soit une façon pour la femme de réagir à tout déséquilibre de ce trépied comme le dit FONTAN, que forment : "l'amour, la maternité, la sécurité". C'est ainsi qu'on a parlé chez la femme de "névrose alcoolique".

Il n'est que de voir la fréquence des tentatives de suicide : S. FOLLIN et Melle PIVET notent 25,6 % de tentatives de suicide sur une étude de 74 cas. G. DAUMEZON et coll. trouvent 19,7 % de conduites suicidaires, contre 10,6 % des hommes alcooliques, "alors que les proportions dans les psychoses non alcooliques sont respectivement de 13 et de 15,7 %".

En conclusion, on pourrait résumer cet abord psychiatrique par les constatations suivantes :

- la femme alcoolique débute son intoxication relativement jeune. Vers 35 ans, elle en présente les premières manifestations. Elle refuse d'avouer son intoxication, car elle est mal jugée par la société, et de ce fait accepte tardivement l'hospitalisation, rendant son traitement plus difficile, et ses chances de succès plus aléatoires, car elle est incapable de s'en sortir seule.
- C'est une femme au niveau intellectuel en général peu élevé, exerçant une profession manuelle modeste.
- Elle est issue d'un milieu social souvent misérable. Elle vit dans des conditions affectives, familiales, pécuniaires, précaires. Elle est esseulée, souvent séparée ou divorcée, a une tendance suicidaire nette.
- Elle recherche dans l'alcool une consolation à ses insatisfactions et à ses malheurs.

Dans la suite de notre étude, nous allons voir que la survenue de manifestations psychiâtriques, que l'apparition d'une cirrhose, sont caractéristiques chez cette femme jeune, en conséquence de cet alcoolisme "conflictuel", dit encore secondaire, s'opposant à l'alcoolisme primaire, d' "habitude", bien toléré pendant de nombreuses années, ne réclamant un traitement médical intensif que plus tardivement.

.....
 : DONNEES CLINIQUES :
 :
 :

1 - MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES

=====

Elles sont bien particulières à l'alcoolisme féminin et plus précisément à l'alcoolisme de la femme jeune.

NACHIN note qu'un tiers des buveuses ressort du domaine de la psychiatrie. Il classe l'ensemble de ses 72 cas en trois groupes :

- . Premier groupe : Infirmes et malades mentales ; moyenne d'âge 39 ans, signes d'imprégnation peu marqués. Prédominance de manifestations maniaco-dépressives ; personnalités psychopathes (24 cas)
- . Deuxième groupe : Caractère névrotique ; fragilité cérébrale ; moyenne d'âge 45 ans ; signes d'imprégnation plus marqués (15 cas)
- . Troisième groupe : buveuses dont la personnalité paraît avoir été normale avant le développement de l'alcoolisme. Moyenne d'âge 53 ans. Signes d'imprégnation très marqués (sur 33 cas, il existe 16 cirrhoses)

En classant les motifs d'hospitalisation par ordre de fréquence, il trouve :

- 1 : Troubles du comportement - 2 : Cirrhoses -
- 3 : polynévrites et psychopolynévrites de Korsakof -
- 4 : Delirium - 5 : Syndromes délirants.

AU TOTAL : Il note la plus grande fréquence des manifestations psychopolynévritiques chez la femme que chez l'homme, à l'inverse du delirium tremens. Il retient une "seule pointe" dans les hospitali-

sations de malades à manifestations neuro-digestives dominantes, à l'Hôpital général, "pointe" se situant entre 50-54 ans, tandis qu'il trouve deux "pointes" d'hospitalisation de celles présentant des manifestations psychiâtriques dominantes, à l'hôpital psychiâtrique, la première entre 30-34 ans, la seconde entre 50-54 ans, cette dernière coïncidant avec l'unique pointe des hospitalisations à l'hôpital général.

LEREBOULLET, sur 92 cas, précise 6 cas de delirium, 19 troubles graves du comportement ou caractériels, bouffées confuso oniriques. Soit : 27 % de troubles psychiâtriques.

FONTAN et WIERTZ, sur 134 observations, recensent 42 complications neuro-psychiâtriques : 14 syndromes de Korsakof, 2 delirium tremens, 9 cas ayant nécessité le transfert en milieu spécialisé, une encéphalopathie de Gayet-Wernicke, deux autres encéphalopathies, 14 polynévrites.

AU TOTAL donc : 28 manifestations psychiâtriques, soit 20,8 % des cas.

DESHAIES, en milieu psychiâtrique, trouve une confusion mentale dans 15 % des cas, une psychose délirante dans 7 %, un déficit intellectuel net dans 6 %, des troubles du comportement dans 20 % des cas. Enfin, dans l'évolution, deux femmes se sont suicidées, l'une d'entre elles a même commis un meurtre.

Personnellement, nous avons relevé : 7 confusions mentales, 6 delirium, 2 épilepsies, 2 épisodes psychopolynévritiques.

Plus fréquemment que chez l'homme, l'alcoolisme de la femme se traduit par des manifestations psychiâtriques, lesquelles surviennent avec une intensité particulière chez la femme jeune avant 50 ans, à cet âge de 37 ans environ que nous avons déjà cité comme étant celui où la femme présente en général les premiers signes d'intoxication aiguë.

Et il semble bien que ce soit à ce même âge moyen de 37 ans que la femme " entre en cirrhose ".

2 - La CIRRHOSE

=====

Elle survient et s'aggrave d'autant plus vite chez la femme jeune que cette dernière présente comme nous l'avons vu un alcoolisme "secondaire" , conflictuel, et que la composante névrotique est plus marquée.

Sur un total de 310 cirrheses éthyliques masculines et féminines en 6 ans, nous avons retenu 100 cirrheses survenues chez des femmes, et sur ces 100, 31 apparues avant 50 ans. Ce qui nous donne le pourcentage de 31 % de cirrheses féminines avant 50 ans. Nous avons vu quelles conclusions nous pouvions tirer de cette étude, sur la durée d'évolution, sur le pourcentage de décompensation et d'évolution fatale.

CACHIN, dans son étude sur les cirrheses de la femme avant 40 ans, retient 56 exemples, sur un total de 406 cirrheses.

- sur ces 56 , 38 sont d'origine éthylique, soit 67,8 % ! "Ce chiffre de 67,8 % trouvé chez les 38 femmes de moins de 40 ans, s'oppose au pourcentage de 90 % trouvé chez les 350 cirrhotiques de plus de 40 ans. Les cirrheses non alcooliques sont donc proportionnellement plus fréquentes chez la femme avant 40 ans ". CACHIN signale la gravité de cette cirrhose chez la femme jeune, puisque dans 12 cas, l'évolution a été fatale (31,56 %) ; dans 8 cas existait un syndrome ictéro-ascitique sévère. Lui aussi souligne la fréquence et la gravité de l'association d'accidents neurologiques et tuberculeux, sur lesquels nous reviendrons.

De notre part, nous avons cité près de 20 % de décès (6 cas sur 31), et 15 cas graves de cirrheses décompensées, provisoirement stabilisées : (48 %).

BOUREL cite une statistique effectuée à partir de 219

cas de cirrroses alcooliques. Dans 62 %, il s'agit d'hommes, dans 38 % de femmes. Il note la fréquence chez les femmes des décompensations précoces (7,9 % entre 20 et 40 ans, contre 4 % chez les hommes) et la rareté des décompensations entre 61 et 70 ans (8 % contre 18,9 % chez les hommes qui, pourtant, ne sont que 3,8 % contre 5,3 % de femmes à cet âge).

La littérature est par ailleurs bien avare de précisions sur le pourcentage de cirrroses survenant avant 50 ans chez la femme et sur le pourcentage de décompensation.

WIERTZ dans sa thèse aboutit à la conclusion que 6,17 % des femmes hospitalisées pour alcoolisme dans un service de médecine générale présentaient une cirrhose décompensée. Les critères de décompensation clinique et biologique varient sans doute d'une étude à une autre. Par terme de "décompensation" n'entend-on pas parfois issue fatale rapide ?

DESHAIES dans son étude sur l'alcoolisme de la femme (162 cas) note que 19 % d'entre elles présentent des troubles fonctionnels hépatiques mineurs, que 12 % ont une cirrhose hypertrophique, et 4 % d'entre elles une cirrhose atrophique ascitique. On peut donc considérer que 35 % d'entre elles vont avoir ou ont une évolution cirrhogène. 48 % des malades ont moins de 40 ans.

LEREBOULLET, sur 92 exemples, trouve un bilan hépatique discrètement perturbé dans 18 cas (20 %), nettement perturbé dans 13 cas (14,3 %). Atteinte hépatique confirmée au total dans 34,3 % des cas.

EN RESUME, on peut retenir :

- que l'alcoolisme est retrouvé chez 6 hommes pour une femme, dans une population globale
- que, sur une statistique globale de malades hospitalisés :
 - 1/ - la cirrhose est retrouvée au moins chez une femme pour deux hommes.
 - 2/ - une femme sur trois fait sa cirrhose avant 50 ans.
 - 3/ - La femme est plus précocément victime de cirrhose alcoolique que l'homme.

- 4/ - La cirrhose non alcoolique de la femme serait proportionnellement plus fréquente avant 40 ans.
- 5/ - La décompensation cirrhotique est plus précoce que chez l'homme, d'autant plus que la femme est relativement plus jeune.
- 6/ - Pour une intoxication généralement moins importante et moins fréquente, la femme présente une sensibilité hépatique plus grande que l'homme. Son "terrain" est plus fragile expliquant aussi sa plus grande sensibilité neurologique et psychique. Ceci expliquerait qu'elle est plus précocément hospitalisée et qu'à cette occasion on a justement plus de chance de découvrir un processus cirrhogène en train de se mettre en place.

Signalons que les examens biologiques entrepris dans notre étude ne nous ont pas semblé fournir de données plus particulières quant au pronostic, au mode évolutif de la cirrhose féminine : ils sont ce qu'ils sont chez l'homme.

3 - POLYNEVRITES

=====

On serait tenté de dire qu'elles font partie du tableau clinique de cirrhose chez la femme jeune. Ceci est certes exagéré, puisque nous les trouvons chez près de 25 % de nos malades ; mais elles surviennent bien plus fréquemment que chez l'homme. Nous avons dit qu'elles apparaissaient relativement tôt, à un âge moyen de 40 ans, alors que la traduction biologique de la cirrhose commençait tout juste à s'exprimer. Nous verrons plus loin qu'à ce stade, il semble bien que les lésions anatomo-histologiques du foie soient déjà très marquées.

- BOUREL note 18 % de polynévrites
- DESHAIES .. 21 %
- LEREBoullet qui a bien étudié le problème de la polynévrite alcoolique - trouve 21 polynévrites chez 92 malades, soit 22 %.
- WIERTZ et FONTAN, sur 134 observations, citent 15 polynévrites simples, 13 syndromes de Korsakof et 7 polynévrites+cirrhoses (Klippel), soit 35 polynévrites = 26 %.

Enfin, CACHIN, sur 38 cas de cirrhose alcoolique survenue chez des femmes avant 40 ans, note 12 polynévrites sévères, soit 31,5 % !

Ainsi, une polynévrite accompagne souvent une cirrhose, d'autant plus, semble-t-il, que la femme est plus jeune (CACHIN cite 31,5 % des cas et nous-même donnons précisément 25,8 %). Rappelons que nous avons fortuitement relevé que c'était parmi les femmes qui avaient eu le plus grand nombre d'enfants que nous avons trouvé les signes les plus francs de polynévrite. Les perturbations endocriniennes qui existent au cours des cirrhoses seraient majorées à la suite de grossesses répétées, et se répercuteraient au niveau de la fibre nerveuse par déséquilibre métabolique secondaire. Nous en parlerons dans un instant.

Dans une très intéressante étude, F. PERGOLA et M. CACHIN ont précisé la place de l'atteinte hépatique dans les complications nerveuses de l'alcoolisme. Sur 39 ponctions-biopsies hépatiques, ils découvrent :

- Une stéatose dans 35 cas : massive dans 18, d'importance moyenne dans 10, discrète dans 7 cas.

dans 14 cas sur 15, elle est associée à une sclérose débutante réalisant un aspect histologique de précirrhose.

- Une sclérose 34 fois. Dans 13 cas, sclérose dense s'accompagnant 11 fois sur 13 d'une stéatose importante.

AU TOTAL : Ils trouvent une stéatose massive dans 50 % des cas de polynévrite et dans 35 % des delirium tremens ; une cirrhose histologique évidente dans 33% des polynévrites et dans 22,5% des delirium.

Les tests hépatiques, dans les 15 cas où il existe une stéatose massive associée à une sclérose débutante, sont normaux 12 fois sur 15 ! ... et le foie n'est palpable que dans deux observations.

EN conclusion, la latence des lésions anatomiques n'est pas seulement clinique, mais aussi biologique.

Il n'y a pas de parallélisme entre le degré d'atteinte hépatique "clinique", biologique, et l'atteinte nerveuse.

Il serait intéressant d'effectuer des biopsies hépatiques systématiques chez des femmes jeunes alcooliques. Il est fort probable que les lésions anatomiques sont très précoces, plus massives, d'autant que les signes neurologiques sont plus fréquents, précoces et plus marqués chez elles.

4 - TUBERCULOSE

=====

Tous les auteurs insistent sur sa fréquente association à l'alcoolisme chez la femme.

CACHIN sur ses 38 cas de cirrhose alcoolique chez des femmes de moins de 40 ans, trouve une tuberculose pulmonaire sévère, macronodulaire dans 8 cas ; soit 21 %. Dans 2 cas, elle réalise une polysérite ; dans un cas, il s'agit d'une tuberculose pleurale isolée.

DESHAIES note une association dans 10 % des cas ;

LEREBOULLET et Coll. dans 6,5 %

WIERTZ parle de 13 % d'association avec une tuberculose pulmonaire.

De NOTRE COTE, nous en avons noté 2 cas sur 31, soit 6,4 % dont l'un découvert à l'autopsie.

On connaît la gravité de la classique cirrhose hypertrophique graisseuse alcoolotuberculeuse de HUTINEL. DARNIS rapporte un de ces cas survenu chez une jeune femme de 27 ans, alcoolique notoire. Elle présentait une ascite et une pleurésie tuberculeuse. La ponction biopsie hépatique avait révélé une stéatose massive. Sous l'effet du traitement par Streptomycine et Auréomycine, DARNIS et Coll. ont assisté, sous surveillance biopsique répétée (4 ponctions biopsiques au total), à une disparition complète de la stéatose en 4 mois. Cet exemple illustre l'efficacité des traitements actuels, bouleversant le pronostic

qu'en donnait en 1881 HUTINEL lui-même.

Néanmoins, l'existence d'une tuberculose surajoutée demeure un élément grave dans l'appréciation du pronostic, comme l'ont montré VILLARET, JUSTIN BESANCON et H. KLOTZ et de la même façon F. PERGOLA et M. CACHIN.

5 - MANIFESTATIONS ENDOCRINIENNES

Nous avons déjà parlé au début de cette étude de la fréquence des troubles endocriniens. L'observation que nous avons citée en premier mettait en valeur le piège diagnostique que pouvait poser la survenue d'une aménorrhée chez une femme jeune éthylique.

L'aménorrhée est en effet un signe précoce d'intoxication éthylique profonde. Loin dans le temps, on peut souvent la retrouver, bien avant les manifestations digestives fonctionnelles. Il traduit une atteinte sérieuse qui ne tarde pas à s'exprimer dans tout un cortège de troubles nutritionnels.

L'aménorrhée dans notre étude existe 10 fois, soit dans 31 % des cas.

La dépilation axillaire et pubienne, inconstamment précisée, est notée 6 fois.

Enfin, dans 3 cas, les dosages hormonaux surrénaliens ont mis en évidence une baisse significative des 17 hydroxy et céto-stéroïdes urinaires, sans que l'on ait eu la preuve d'une tuberculose ancienne ou évolutive.

Peu d'études ont été jusqu'à présent entreprises sur la fonction des glandes endocrines au cours des cirrhoses alcooliques.

Pour LUBETZKI, l'insuffisance gonadique domine la symptomatologie endocrinienne : insuffisance testiculaire chez l'homme, avec gynécomastie souvent associée, abaissement constant des 17 céto-stéroïdes urinaires. Chez la femme, il note que les ovaires paraissent

sent fonctionner normalement dans 3/4 des cas. Dans 1/4 des cas, menstruations anormales, cycles irréguliers, hémorragies, aménorrhée. Comme chez l'homme, raréfaction des pilosités axillaires et pubiennes, baisse des 17 cétostéroïdes. Les autres glandes endocrines paraissent fonctionner normalement : sécrétion d'hydrocortisone subnormale par les surrénales, fonction thyroïdienne non perturbée, commande hypophysaire normale. Enfin LUBETZKI rapporte que certaines manifestations cutanées pourraient être mises sur le compte d'une perturbation hormonale : en particulier, il existerait un hyperoestrogénisme, conséquence d'un défaut d'inactivation des oestrogènes par le foie, qui provoquerait, outre le blocage partiel de la fonction gonadotrope hypophysaire, une dilatation artériolaire responsable directement de la formation d'angiomes stellaires. Ces angiomes stellaires sont fréquemment retrouvés au cours des cirrhoses, non seulement alcooliques, de la femme. BEARN, KUNKEL, SLATER en 1956, et plus récemment M. CACHIN ont rapporté une description de cirrhoses d'étiologie inconnue survenant chez des femmes jeunes (on en a isolé l'hépatite lupoïde), s'accompagnant d'une efflorescence brutale d'angiomes stellaires, alors que les signes d'hypertension portale demeurent discrets ; l'aménorrhée est constante.

Sur le plan biologique, il est caractéristique de découvrir une élévation très marquée des γ globulines, avec, à l'immunoélectrophorèse, une élévation de la β^2 A globuline, parfois de la β^2 macroglobuline.

G. Ben MOUSSA a précisé récemment dans sa thèse, les caractères biologiques et diagnostiques de ces cirrhoses dysglobulinémiques : Est-ce la cirrhose qui peut entraîner une dysglobulinémie secondaire ; ou bien est-ce l'existence préalable d'une dysglobulinémie qui entraîne une cirrhose ?

Les perturbations électrophorétiques au cours des cirrhoses alcooliques sont bien connues ; ainsi que leur mode d'installation en fonction de l'atteinte progressive hépatique. Dans notre étude, il nous a été donné d'observer 3 cas de cirrhose à protidémie élevée ; le chiffre de protidémie le plus élevé que nous ayons trouvé était de

87 g/l. avec albumine abaissée à 37 %, Bloc β - γ à 56 %.

MINEA et MORINESCO ont précisé par ailleurs le rôle de la thyroïde dans les processus de régénérescence nerveuse, la thyroïdectomie la retardant. L'avitaminose B expérimentale entraîne les mêmes retentissements endocriniens que ceux observés au cours de la polynévrite alcoolique : dans les deux cas, il existe une atrophie ovarienne et thyroïdienne, une légère hyperplasie surrénalienne.

Les études de la fonction thyroïdienne par Iode radioactif chez les cirrhotiques n'ont pas trouvé de particularités spécifiques chez la femme (BOQUIEN, GOLDBERG, LINQUETTE, MITROV).

SEARMAN et VERZAR ont expérimentalement prévenu et amélioré par thérapeutique glandulaire substitutive, la polynévrite aviaire avitaminique. KLOTZ admettait dès 1937 que les troubles endocriniens qui préexistent à la polynévrite et qui sont un facteur certain de son apparition, sont eux aussi d'origine dysmétabolique.

Il semble que l'on ne soit guère plus avancé actuellement. Une étude complète des fonctions endocriniennes chez l'alcoolique, et particulièrement chez la femme alcoolique, reste à faire.

Un problème très intéressant est soulevé par la survenue d'une grossesse au cours d'une cirrhose alcoolique : la grossesse est extrêmement rare au cours d'une cirrhose alcoolique. Cette rareté confirme l'existence de troubles endocriniens profonds dont nous parlions à l'instant, et dont l'aménorrhée en est le principe.

P. VIVIEN et Coll. ont rapporté une observation de grossesse menée jusqu'au 7ème mois chez une femme de 37 ans présentant une cirrhose alcoolique. Un an après son accouchement - d'un enfant mort - elle décédait dans un tableau de coma hépatique où l'avaient précipitée 4 hématoméses. P. VIVIEN et Coll. citent à propos de leur observation, trois "seuls" cas retrouvés dans la littérature :

... MOORE rapporte l'observation d'une femme de 38 ans, ayant accouché d'un enfant vivant normal, sans qu'il y ait eu accentuation des signes cliniques ni des fonctions hépatiques pendant la grossesse et les deux années suivantes.

... O'LEARY cite le cas de cette femme de 33 ans, opérée au cours du 5ème mois de grossesse, suite à une hématoméso ; anastomose porto-cave latéro-latérale. Suites opératoires satisfaisantes. Au 8ème mois accouchement d'un garçon normal.

... DEHALLEUX rapporte l'histoire de cette femme de 41 ans menant sa grossesse jusqu'au 7ème mois ; à cette période, expulsion d'un fœtus mort-né ; hémorragie de la délivrance ; curetage utérin : hématoméso au cours de l'intervention , coma d'évolution fatale en 48 heures.

P. VIVIEN explique la rareté de la grossesse " .. par la survenue relativement tardive de la cirrhose, à un âge où la fécondité devient elle-même plus rare, et par les troubles hormonaux entraînés par l'atteinte hépatique ...".

La fréquence des hémorragies digestives est notée par les auteurs ; elle s'expliquerait " ... par l'augmentation de pression dans le système porte au cours de la grossesse par compression vasculaire fœtale ou lors des à-coups hypertensifs veineux de l'accouchement ...".

La grossesse n'est pas une contre-indication à l'anastomose porto-cave (O'LEARY).

Le peu de documents ne permet pas de dire si la grossesse aggrave les fonctions hépatiques ; en fait, quand il y a aggravation, il semble bien que ce soit la persistance de l'intoxication exogène qui en soit responsable.

P. VIVIEN et coll., à partir de leur propre observation et des trois autres tirées de la littérature, précisent quel est le devenir fœtal : les quatre femmes ont eu au total 20 grossesses, lesquelles ont mené à 12 naissances normales et à 8 avortements : aucune mal-

formation foetale n'a jamais été retrouvée. Ils signalent la relative fréquence des avortements, mais sans en tirer de conclusion d'ordre général, car les documents demeurent encore trop rares.

EN CONCLUSION, si nous avons voulu nous attarder sur les perturbations
=====
d'ordre endocrinien qui apparaissent chez la femme alcoolique, c'est pour plusieurs raisons :

- Ces perturbations sont fréquentes au cours de la cirrhose de la femme jeune.
- Elles semblent faire appel encore, dans la limite de nos connaissances, à la théorie nutritionnelle, dysmétabolique que l'on retient comme cause des polynévrites.
- Elles sont le point de départ de recherches variées et d'une meilleure compréhension des mécanismes hormonaux normaux et pathologiques.

TRAITEMENT

Le traitement de l'alcoolisme de la femme et de sa cirrhose, s'il est au départ plein de promesses, est en fait, plus souvent même que chez l'homme, bien décevant.

Les moyens sont les mêmes : sevrage strict, cure de désintoxication, traitement de la cirrhose elle-même ascitique ou anascitique, des troubles neuro-psychiques, traitement des complications hémorragiques, d'un coma hépatique. Ces moyens associent selon les cas : repos, régime sans sel, corticoïdes si besoin et diurétiques (spironolactones) ; extraits hépatiques ; vitamines du groupe B, spécialement B₁ à hautes doses, vitamine C, vitamine K ; acide folique ; transfusions si nécessaire ; facteurs luttant contre l'ammoniogénèse .

Les indications sont les mêmes chez l'homme que chez la femme.

Tout le monde insiste cependant sur les conditions qui doivent présider au traitement de l'alcoolisme féminin, car c'est souvent là que le traitement échoue : l'élément psychopathique, comme nous l'avons vu, est d'une telle importance chez la femme, que le succès d'une cure de désintoxication dépend de ce que celle-ci trouvera à sa sortie de cure : compréhension, aide, reclassement familial et social, professionnel faciles; ou bien condamnation, rejet par les voisins et la famille comme cela se voit très souvent. La malade récidive donc la plupart du temps car les conditions qui ont conduit à son hospitalisation n'ont pas changé ; elle est prisonnière de son contexte socio-familial en dépit de ses meilleures résolutions.

C'est ce qui fait que l'alcoolisme féminin a quelque chose de navrant. On n'y rencontre guère "cette petite lueur de volonté" qui fait encore espérer en un reclassement possible. Combien de fois ne nous est-il pas signalé que des femmes, sorties seulement quelques jours plus tôt de l'hôpital, ont été retrouvées dans un état d'ébriété aussi marqué qu'avant leur entrée. Et pourtant la femme alcoolique accepte plus docilement la cure et l'aide psychothérapique, d'autant plus que sa composante névrotique est grande.

La réinsertion sociale de la femme alcoolique doit donc être une nécessité. C'est pourquoi tout doit être mis en oeuvre pour l'y aider ; en particulier, on doit insister sur le rôle bénéfique qu'ont à jouer les centres spécialisés psychothérapiques de rééducation pour alcooliques, centres encore trop peu nombreux.

De la même façon, il faut insister sur la prophylaxie de l'alcoolisme ; de sérieux efforts ont été entrepris dans cette prévention à l'égard de la jeunesse ; après beaucoup de difficultés, un taux "légal" d'alcoolémie a pu être fixé. Légiférer n'est sans doute pas facile Mais faire respecter la loi est bien plus difficile ; et c'est là qu'il reste beaucoup à faire. Combien de débitants de boissons sont répréhensibles en servant de l'alcool à des mineurs garçons et filles ! Nous avons été personnellement frappé, lors d'une récente manifestation sportive d'intérêt national où nous étions de garde, de voir que les $\frac{3}{4}$ des gens qui réclamaient nos soins étaient en état d'ébriété, et près de la moitié littéralement ivres-morts ! D'autant plus frappé, qu'il s'agissait de jeunes de 18-20 ans, et dans plus de la moitié des cas, de jeunes filles complètement 'délirantes'.

Le traitement de l'alcoolisme féminin est difficile, long, ingrat. Le traitement de la cirrhose en est bien codifié ; mais, là encore, souvent inefficace par persistance d'une intoxication chronique ; d'autant plus décevant que le femme est plus jeune et qu'on aurait quelque espoir de la voir s'en sortir avec une plus grande volonté, dans de meilleures conditions.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié 31 cas de cirrhoses alcooliques survenues chez des femmes de moins de 50 ans, cirrhose de la femme jeune avant l'âge limite de la ménopause.

Ils font partie d'une statistique personnelle de 310 cirrhoses alcooliques comportant 210 hommes et 100 femmes.

Ces cirrhoses de la femme jeune méritent d'être individualisées par leurs conditions d'apparition, leurs caractères cliniques et biologiques, et par leurs pronostics.

Conditions d'apparition :

L'alcoolisme féminin est motivé par les conditions sociales et psychiatriques auxquelles les femmes paraissent particulièrement sensibles.

Caractères cliniques :

Parmi ces 31 femmes, 10 d'entre elles, soit 32 % présentent une cirrhose compensée

21 d'entre elles ont une cirrhose décompensée, et sur ces 21 malades 6 sont décédées (20 %).

L'âge moyen de la décompensation est de 41,4 ans

Près de 40 % de ces femmes présentent des manifestations psychiâtriques

25 % de ces malades ont des signes de polynévrite

Les signes endocriniens sont fréquemment associés, et surtout l'aménorrhée (10 malades, soit 32 %, présentent une aménorrhée ancienne).

La tuberculose associée est rarement trouvée.

- Complications terminales :

- .. Hémorragies dans 6 cas (hématémèses et melaena, épistaxis abondantes)
- .. Ictère grave dans 4 cas (association ictéro-hémorragique dans 2 cas)
- .. Coma hépatique dans 6 cas, aboutissant à des complications hémorragiques et ictériques.

P R O N O S T I C

=====

20 % des femmes sont décédées avant 50 ans (âge moyen de décès 45,8 ans)

Pour ces 20 % l'évolution globale moyenne a été d'une dizaine d'années à dater des premières manifestations cliniques de leur alcoolisme.

A partir de la première poussée de décompensation, les rechutes sont précoces et très rapidement rebelles à la thérapeutique.

La rapidité d'apparition, le caractère irréductible de la décompensation font la gravité de la cirrhose féminine.

BIBLIOGRAPHIE

.....
: B I B L I O G R A P H I E :
.....

AUBERTIN E.

Le foie et la tuberculose
... Thèse de Bordeaux, 1922

BARRIERE H.

Etudes statistiques et répartition géographique des cirrhoses
alcooliques dans la région nantaise.
... La Revue de l'Alcoolisme - Oct/Déc. 1959 , 5, p. 320-326

BEARN, A. G., KUNKEL, H. G., and SLATER, R. J.

The problem of chronic liver disease in young women.
... Am. J. Med, 21.3.1956

BEN MOUSSA Gilbert

A propos des cirrhoses dysglobulinémiques
... Thèse Paris 1970

BERNER P. et SOLMS W.

Alkoholismes der frauen.
... Zeitschr. für Nerveuh, 1953, 6, n° 4, 275-301

BERTRAND L.

La nécrose alcoolique du foie
... Bordeaux Médical, 1969, 2, 1869-1877

BERTRAND L., PAGES A., MICHEL M.

La nécrose alcoolique du foie
... Rev. International. Hepatol. 1968, 18, 333-348

BISIO B.

On female alcoholism

... Riv Sper. Freniat 31 Dec. 68, 92, 1885-1896 (Ital)

BOQUIEN Y., PERRIN P., LENNE Cl., LENNE Y.

L'alcoolisme

... Monographies médicales et scientifiques 1960, 89

BOUREL M., AUFFRET Y., LENOIR P.

Données statistiques sur 219 cas de cirrhoses alcooliques.

... Ouest médical 1966, 19, n° 9, p. 518-523

BRUSA G. et Coll.

Research on personality in female alcoholism

... Riv. Pst. Nerv. Ment. Août 1965, 86, 513-530 (It.)

CACHERA R., DARNIS F., Mme F. TROISIER LECLERC

Curabilité de la cirrhose graisseuse alcoololo-tuberculeuse
par la streptomycine.

... Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine des
Hôpitaux de Paris 1953 (4), 69, p. 21-31

CACHERA R., LAMOTTE M. et LAMOTTE-BARILLON S.

Stéatoses alcooliques du foie

... Sem. Hop., 1954, 30, 858

CACHIN M., A. CHARBONNIER et J. P. LAUNOIS

Nécrose alcoolique du foie

... Rev. Prat. 21 Mai 1970 XX, 15, p. 2 467

CACHIN M.

Les cirrhoses de la femme avant 40 ans.

... Les entretiens de Bichat Med. 1963, p. 95-104

CACHIN M., PERGOLA F., LEVILLAIN R., JOUBAUD F.

Polynévrites alcooliques et altérations hépatiques

... Bull. Méd. Soc. Med. Hop. Paris 1956, 72, n° 3-4, 61-68

Mme CHICHE-AUVIGNE

A propos de quelques femmes éthyliques traitées dans un service
de Médecine Générale.

... Revue de l'alcoolisme, 1963, 9, n° 4, 277-282

COUARTAMANACH

Manifestations nerveuses et neuropsychiques de l'alcoolisme

... Thèse Médecine, Paris 1955

CURLEE J.

Some considerations for further research.

... Bull. Menninger Clin. Mai 1967, 31, 154-163

CURLEE J.

A comparaison of male and female patients at an alcoholism
treatment center

... Jour. psychol., Mars 70, 74, 239-247

CURRAN H.

Personality Studies in alcoholism Women

... Journal of Nerv an Mental Disease, 1937, 96, p. 645

DARNIS

Notions nouvelles concernant la cirrhose hypertrophique
graisseuse maligne alcoolotuberculeuse de Hutinel.

... Entretiens de Bichat 1953, p. 73-76

DESHAIES G.

L'alcoolisme de la femme

... Revue de l'alcoolisme, 1962, 8, 289-291

DESHAIES G.

L'alcoolisme de la femme

... Revue de l'alcoolisme, 1963, 9, n° 4, 235-247

EYLAUD J. M.

L'alcoolisme Mondain

... Rev. Path. Génér., Déc. 56, n° 683, 1893-1904

FOLLIN S. et PIVET S.

Aspects particuliers de l'alcoolisme féminin

... Annales médico-psychiatriques, 1957, I, 1162

FONTAN M.

L'alcoolisme féminin

... Revue du Praticien, 1964, 14, I, p. 419-424

FONTAN M., A. WIERTZ, R. POTTRAIN

Considérations sur des femmes alcooliques hospitalisées en
C. H. R.

... Revue de l'alcoolisme 9, n° 4, 1963, p. 269-276

FOUQUET P.

Névroses alcooliques

... Encyclopédie Médico Psychiatrique 1955, II, 37-380,
C 10, C 20

GAULT (Mme C. A.)

Contribution à l'étude de l'alcoolisme féminin.

... Thèse Médecine Paris 1953, n° 967, p. 59

HECHT Y., CHEVREL B., CAROLI J.

La nécrose alcoolique du foie

... Rev. Med. Chir. Foie, 1969, 44, 236-246

HUTINEL

Etude sur quelques cas de cirrhoses avec stéatose du foie

... France Médicale 1881, I, 352, 374, 404-414, 437

KARPMANN B.

The alcoholic Woman

... The Linaere Press, Washington 1948, p. 238

KLATZKIN G.

The role of alcohol in the pathogenesis of Cirrhosis.
... Yale J. Biol. & Med., 26 : 23, 1953

LAURENT Jacques

Statistiques de 420 cas de cirrhoses éthyliques
... Thèse Lyon 1958

LECOQ R. et FOUQUET P.

A propos de l'alcoolisme féminin
... La Gazette des Hôpitaux, 10 mai 1955, 127 n° 13, 477-483

LEREBOULLET J., AMSTUTZ Cl., BIRABEN J. N., Melle C. DEVOIZE

Notre expérience de l'alcoolisme féminin
... Revue de l'alcoolisme, 1963, 9, n° 4, 263-268

LEVI MINZI S. et Coll.

On the subject of female alcoholism
... Rass. Stud. Psichiat. (Ital.) 1965, 54, 403-427

LOUIS G. STUHLER, M. D., and Coll.

Cirrhosis in Women : A clinicopathologic study
... Gastro Enterology April 1959, 36, n° 4

LUBETZKI J.

Cirrhoses et glandes endocrines
... Revue du Praticien, 1964 XIV, n° 20, 2609-2611

MADEDDU A. & Coll.

Alcoholism and tuberculosis : Statistical and clinical aspects
of the association of alcoholism and pulmonary tuberculosis
in Women
... Lotta Tuberc. Avril-Juin 1967, 37, 145-159 (Ital.)

MAELFAIT J.

La fonction hépatique chez les alcooliques d'un service de
neurologie. Etude clinique et biologique
... Thèse Lille 1961

MAY E.

Les statistiques de l'alcoolisme

... Journ. Méd. Paris Janvier 1957, 77, n° 1, 8-16

MORIN N. et PEROL R.

La fièvre chez les cirrhotiques. Traitement

... Revue du Praticien 1964-XIV, n° 20, 2545-2552

NACHIN C.

L'alcoolisme féminin

... La Revue de l'Alcoolisme, 1963, 9, n° 4, 248-262

NICOLAS Marie-Yvonne

Considérations sur l'alcoolisme féminin à partir de cas observés
dans un service de l'hôpital psychiatrique du Morbihan (55-60)

.. Thèse Rennes 1960

PEMBERTON

A comparison of the outcome of treatment in female and male
alcoholisms

... Brit. Journ. Psychiat. Avril 1967, 113, 367-373

PERGOLA F. et CACHIN M.

La place de l'atteinte hépatique dans les complications
nerveuses de l'Alcoolisme.

... La semaine des Hôpitaux 1957, 33, p. 3161-3167

PERGOLA G., CACHIN M., LEVILLAIN R., JOUBAUD F.

Délirium Tremens et altérations hépatiques

... Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1956, 72, n° 3-4, 68-74

PERRIN Paul

L'intoxication alcoolique et les accidents de la circulation

... La Revue de l'Alcoolisme, 1963, 9, n° 4, 248-262

PERRIN P., BOQUIEN Y., HOREAU J., HERVOUET D., GUILLON J.

Le pronostic des cirrhoses alcooliques ; A propos de
521 observations

... La Revue de l'Alcoolisme, 1959, 5.

PERRIN P., BOQUIEN Y., LENNE Cl. et Y., MECHINAUD R., SIMON G.
L'Alcoolisme. Supplément des Monographies médicales
et scientifiques
... N° 89 (décembre 1960), 91 (mars 1961), et 93 (juin 1961)

PERRONNE J.
Causes et conséquences des accidents de la route
... Thèse Méd. Paris 1963 (en part. : alcoolisme et accidents
de la route, p. 36-48)

PIVET (Melle S.)
Contribution à l'étude des conditions psycho-sociales de
l'Alcoolisme féminin.
... Thèse de Médecine, Paris 1956

RONCHI E., RIBOLDIA et Coll.
Study of alcoholism in Women
... G. Psichat. Neuropat. 1967, 95, 209-225 (Ital.)

ROUY J. L.
Les cirrhoses alcooliques du foie (150 observations)
... Thèse Paris 1960

RUBIN, LIEBER S.
Nécrose alcoolique du foie.
... New England J. Méd. 1968, 278, 869-875

SAUGY (Daisy de)
La femme de l'alcoolique
... La Revue de l'Alcoolisme, 1963, 9, n° 4, 269-301

SCHMIDT H.
Auf alkoholism der Frauen
... Thèse de Médecine, Erlangen, 1940, n° 55, p. 17

SCHUCKIT M. et Coll.

Alcoholism I. Two Types of Alcoholism in Women

... Arch. Gen. Psychiat. (Chicago) Mars 1969, 20, 301-306

SOLMS H.

Le Problème de l'Alcoolisme féminin

... Revue de l'Alcoolisme, 1963, 9, n° 4, 263-286

STRAUSS (Melle G.)

L'alcoolisme chez les femmes

... La Semaine des Hôpitaux, 1953, t II, n° 23, p. 375-376

TILLGREN J.

On alcoholism in Women

... Svensk Lakartidn 30 Sept. 1964, 61, 2944-7 (Sw)

VILLARET, JUSTIN BESANCON L. et KLOTZ H. P.

Le foie dans la polynévrite alcoolique

... Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp., Paris, 1936, 52, 1159

VIVIEN P. et Coll.

Cirrhose et grossesse

... Journ. Méd. Nantes Oct/Déc. 1967, 7, 303

Revue Franç. Gastr. Entér., Nov. 67, n° 32-33

VIVIEN P. et Coll.

Grossesse et cirrhose alcoolique

... Presse Médicale, 25 Mai 68, 76, n° 26, 1271-72

WALL J. H.

A study of alcoholism in Women

... Amer. Journ. Psychiatr., 1937, t I, p. 943

WANBERG K. et Coll.

Differences in drinking symptoms and behavior of men and women alcoholics

... Brit. Journ. Addict., 64, Janv. 1970, 347-55

WANBERG K. et Coll.

Alcoholism symptom patterns of men and women, a comparative study

... Quart. Journ. Stud. Alcohol., Mars 1970, 31, 40/61

WIERTZ A.

Considérations sur des femmes alcooliques hospitalisées en C. H. R. (1340 observations)

... Thèse Médecine Lille, 1963

WOOD H. P. et Coll.

Psychological factors in alcoholic Women

... American Journ. of Psych., Sept 66, 123, 341-5

X...

Concern causininerase of alcoholism in Women

... Ther. Gegenw., Janv. 1970, 109,

130/I (Ger)

